



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal
comprometido**

Sílvia Isabel Gomes Pereira

Orientação: Maria Gorete Mendonça dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal
comprometido**

Sílvia Isabel Gomes Pereira

Orientação: Maria Gorete Mendonça dos Reis

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Agradeço a todos os que, de uma maneira ou outra, contribuíram para a realização deste trabalho. Só assim foi possível chegar ao fim desta longa e vitoriosa etapa da minha vida académica, profissional e pessoal.

“É preciso exigir de cada um o que cada um pode dar”

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Com o avançar da idade perdem-se capacidades, nomeadamente, alterações do equilíbrio, que levam ao aumento da vulnerabilidade, colocando em risco a qualidade de vida dos idosos e a sua funcionalidade.

O presente trabalho foi elaborado no contexto do Estágio Final, pertencente à 2ª edição do Curso de Mestrado de Enfermagem – Enfermagem de Reabilitação, pelo Instituto Politécnico de Setúbal, em associação, tendo como objetivo major a aquisição de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Como tal e, tendo em conta as alterações do equilíbrio corporal, foi implementado um plano de intervenção profissional com o objetivo de melhorar a funcionalidade dos utentes. No referido plano, existiram dois grupos de intervenção, um onde os cuidados foram prestados no domicílio e um segundo onde os cuidados foram prestados na comunidade, num projeto na área do envelhecimento ativo.

Os resultados indiciam que os cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto de cuidados de saúde primários são benéficos para a capacitação e maximização da funcionalidade dos utentes, na medida em que os prepara para se adaptarem às limitações no seu contexto de vida real. Tendo sido evidente uma melhoria do equilíbrio corporal em 17,9% no grupo 1 e 30% no grupo 2. Sendo isto preditor de uma melhoria da funcionalidade em 15,6% e 11,1 %, respetivamente.

Palavras-chave: enfermagem, reabilitação, equilíbrio postural

ABSTRACT

With advancing age, skills are lost, namely changes in balance, which lead to increased vulnerability, endangering the quality of life of the elderly and their functionality.

The present work was elaborated in the context of the Final Internship, belonging to the 2nd edition of the Nursing Master's Degree Course - Rehabilitation Nursing, by the Setúbal Polytechnic Institute, in association, having as main objective the acquisition of Master and Nurse Specialist Nursing competences. Rehabilitation

As such, and taking into account changes in body balance, a professional intervention plan was implemented to improve the functionality of users. In this plan, there were two intervention groups, one where care was provided at home and a second where care was provided in the community, in a project on active aging.

The results indicate that rehabilitation nursing care in the context of primary health care is beneficial for empowering and maximizing patient functionality as it prepares them to adapt to limitations in their real-life context. An improvement in body balance was evident by 17.9% in group 1 and 30% in group 2. This predicted an improvement in functionality by 15.6% and 11.1%, respectively.

Keywords: nursing, rehabilitation, postural balance

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Referenciação para a RNCCI.....	16
Figura 2 - Especificação das atividades incluídas em cada grupo de Atividades de vida, Básicas e Instrumentais	24
Figura 3 - Fluxograma dos focos e variáveis estudados	44
Figura 4 – Fluxograma do Projeto de Intervenção	44
Figura 5 - Coxartrose à direita.....	xxix
Figura 6 - Radiografia prótese (intra-bloco).....	xxx
Figura 7 - Escadas de treino	xxxí
Figura 8 - Exercícios pós-operatório PTA.....	xxxii

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População abrangida pela UCC	17
Gráfico 2 - Total de idosos abrangidos pela UCC.....	18
Gráfico 3 - Pirâmide Populacional de Portugal em 2008	20
Gráfico 4 - Pirâmide Populacional de Portugal em 2018	20
Gráfico 5 - Nº de participantes por grupo.....	49
Gráfico 6 – Género da amostra.....	50
Gráfico 7 - Média das idades por grupo (anos)	50
Gráfico 8 - Interpretação da variável força muscular - escala de Lower.....	53
Gráfico 9 – Avaliação do equilíbrio corporal – escala de Berg (Grupo 1).....	54
Gráfico 10 - Avaliação do equilíbrio corporal – escala de Berg (Grupo 2)	55
Gráfico 11- Avaliação da funcionalidade – MIF (Grupo 1).....	56
Gráfico 12 - Avaliação da funcionalidade – MIF (Grupo 2).....	56
Gráfico 13 – Avaliação do risco de queda - escala de Quedas de Morse (Grupo 1).....	57
Gráfico 14 - Avaliação do risco de queda - escala de Quedas de Morse (Grupo 2).....	58
Gráfico 15 - Interpretação da força muscular	61

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos do Estágio Final, Competências do EE, EEER e Mestre.....	35
Quadro 2 - Variáveis e instrumentos de avaliação	38
Quadro 3 - Resumo do plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação	45
Quadro 4 - Caracterização da amostra.....	50
Quadro 5 - Objetivo 1	65
Quadro 6 - Objetivo 2	66
Quadro 7 - Objetivo 3	66
Quadro 8 - Objetivo 4.....	67
Quadro 9 - Objetivo 5	67
Quadro 10 - Objetivo 6.....	68
Quadro 11 - Objetivo 7	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Resultados da variável cognição (MMSE).....	51
Tabela 2 – Avaliação da variável força muscular - escala de Lower (Grupo 1)	52
Tabela 3 - Avaliação da variável força muscular - escala de Lower (Grupo 2)	52
Tabela 4 - Média obtida nos Grupos 1 e 2 – Avaliação da Funcionalidade (MIF)	59

ABREVIATURAS

et. al – entre outros

Nº - Número

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVD's – Atividades de Vida Diária

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECL – Equipa Coordenadora Local

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ER – Enfermagem de Reabilitação

IP – Instituto Politécnico

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	APRECIACÃO DO CONTEXTO.....	14
2.1.	Análise Do Envolvimento	14
2.1.1.	UCC.....	14
2.1.2.	Serviço de ortopedia.....	15
2.2.	Análise Da Produção De Cuidados	15
2.3.	Análise Da População-Alvo	17
2.4.	Problemática E Enquadramento Conceptual	19
2.4.1.	Alterações no equilíbrio corporal	22
2.4.2.	Alterações da mobilidade	23
2.4.3.	Dependência AVD's	24
3.	QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	26
3.1.	Teoria Das Transições De Afaf Meleis	26
3.2.	Teoria Do Défice De Autocuidado De Dorothea Orem	28
3.3.	Modelo Conceptual De Enfermagem De Nancy Roper	30
4.	DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	33
5.	PLANO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	36
5.1.	Objetivos.....	36
5.2.	Metodologia.....	36
5.2.1.	Tipo de plano de intervenção	36
5.2.2.	População e amostra.....	37
5.2.3.	Técnicas e instrumentos de recolha de dados.....	37
5.2.4.	Considerações éticas	43
5.2.5.	Plano de intervenção	44
5.2.6.	Análise de estratégias utilizadas no plano de intervenção profissional	
	46	
5.3.	Análise De Resultados Obtidos	49

5.4.	Discussão Dos Resultados Do Plano De Intervenção.....	59
6.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
7.	CONCLUSÃO	70
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
9.	APÊNDICES	i
9.1.	Cronograma de atividades a desenvolver	i
9.2.	Instrumentos de colheita de dados	iii
9.3.	Consentimento informado	xiv
9.4.	Plano de Cuidados UCC	xvi
9.5.	Plano de Cuidados Ortopedia	xxvii
9.6.	Folheto elaborado durante o estágio em Ortopedia – Tração cutânea	xxxvii
9.7.	Folha de exercícios terapêuticos elaborada para um utente (Grupo 1)	xxxix
9.8.	Estrutura dos exercícios terapêuticos implementados ao Grupo 2	xlii
9.9.	Apresentação em PowerPoint do Relatório de Estágio – Defesa	xliv
9.10.	Artigo realizado sobre os dados obtidos através do plano de intervenção lxi	
10.	ANEXOS	xxxvii
10.1.	Parecer Comissão de Ética	xxxvii
10.2.	Competências do EE, EEER e Mestre	xxxix
10.3.	Certificado de participação no 8º encontro da UCC	xli

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da 2ª edição do Mestrado em Enfermagem – Área de Reabilitação, organizada pelo Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, IP de Beja; IP de Portalegre e IP de Castelo Branco.

Tem como finalidade a obtenção do grau académico de Mestre e a condição para o reconhecimento pela Ordem dos Enfermeiros do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Para tal, ao longo do presente trabalho, serão descritos os conhecimentos, intervenções, e aprendizagens adquiridas, bem como o desenvolvimento de competências, ao longo de todo o percurso que constituiu o Estágio Final, unidade curricular do Mestrado de Enfermagem, no qual será possível defender que todas as competências objetivadas, foram atingidas.

O Estágio Final decorreu em dois contextos distintos, iniciando-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade e terminando num Serviço de Internamento de Ortopedia. Como aparece descrito na primeira competência do Regulamento das Competências Específicas do EEER, este “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2010). A escolha dos locais de estágio teve em consideração os diferentes contextos em que a prestação de cuidados foi concedida, confirmando deste modo a importância do EEER nos mais variados contextos.

A escolha do tema, **“Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido”** surge do que é uma situação real, o envelhecimento, pois em 2017 estimasse que 21,3% da população portuguesa tivesse idade igual ou superior a 65 anos (PORDATA, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, define-se idoso como sendo um “indivíduo com 65 e mais anos”. Das limitações associadas ao processo natural de envelhecimento, onde predomina o envelhecimento secundário, é de realçar a presença de alterações de equilíbrio corporal e de mobilidade, que aumentam a vulnerabilidade e potenciam o risco de queda. Alterações estas que poderão trazer consigo uma panóplia de complicações, colocando em risco a qualidade de vida dos idosos e a sua funcionalidade. Deste modo optou-se pela abordagem de dois focos, o equilíbrio corporal e a mobilidade, considerados aspetos fundamentais à autonomia de cada pessoa. Estando a linha de investigação, deste modo, no domínio do autocuidado mais especificamente nas

necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas, sendo o foco a população idosa.

Foram utilizadas as teorias de Enfermagem de Dorothea Orem e Afaf Meleis como fio condutor do pensamento ao longo de todo o percurso que delineou o Estágio Final, e ainda o modelo de Enfermagem de Nancy Roper, que coloca em prática o processo de enfermagem enquanto processo dinâmico e contínuo. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, este “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (p.1).

Foram definidos como objetivos para este trabalho: Demonstrar aquisição de conhecimentos e competências inerentes à condição de EEER e Mestre; Avaliar, implementar e reavaliar as intervenções de ER associadas às limitações de cada pessoa, nomeadamente, alteração do equilíbrio e mobilidade articular; e Refletir acerca da prática de cuidados de ER nos diversos contextos.

Este trabalho encontra-se estruturado em oito partes distintas. Na primeira parte encontra-se a introdução, seguidamente encontra-se uma apreciação do contexto onde foi desenvolvido o estágio final, seguindo-se a terceira parte onde é realizada uma abordagem do referencial teórico utilizado. A quarta parte visa apresentar de uma forma mais pormenorizada o estabelecimento de objetivos para o Estágio Final. Seguindo-se o capítulo que abordará o desenvolvimento e implementação do plano de intervenção, com a respetiva análise de resultados. No sexto capítulo, apresenta-se uma análise reflexiva sobre os objetivos e as competências adquiridas e desenvolvidas durante o ensino clínico. Finalizando-se com a conclusão, seguida das referências bibliográficas. Em apêndices e anexos encontram-se os documentos que suportaram o presente trabalho.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

2.1. Análise Do Envolvimento

O presente trabalho relaciona-se intimamente com a unidade curricular Estágio Final e, como tal, serão apresentadas em seguidas algumas características dos locais que o constituíram.

A primeira parte do estágio (10 semanas) foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e a segunda (6 semanas) numa unidade de cuidados hospitalares, num Serviço de Internamento de Ortopedia.

2.1.1. UCC

Tendo em conta a conjuntura atual, os custos associados aos cuidados de saúde têm sido alvo de muitas contestações e a redução de custos no setor da saúde é um objetivo eminente. Assim sendo, segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), os custos associados a internamentos domiciliários são 2 a 3 vezes mais baixos do que em internamento hospitalar. Tendo ainda as vantagens de reduzir o risco de infeções cruzadas e, o doente se encontrar no seu contexto habitual, o que é de extrema importância quando se fala em recuperação da funcionalidade.

A UCC em estudo é constituída por uma equipa de 14 enfermeiros, uma administrativa e uma fisioterapeuta (que pertence à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Dos 13 enfermeiros, 1 tem funções de coordenação, 3 são EEER, 1 é EESMP, 2 são EESMO, 2 são EESIP e 5 são enfermeiros generalistas.

Abrange 6 freguesias, abarcando um total de 153 698 cidadãos residentes, definitiva ou temporariamente. Destes cidadãos, 18 487 pertencem ao grupo etário dos 65-74 anos e 13 949 pertencem ao grupo etário ≥ 75 anos, concluindo um total de 32 436 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

2.1.2. Serviço de ortopedia

O serviço de Ortopedia em questão é composto por 23 camas de internamento, sendo que 6 delas estão entregues da valência de Neurologia. Tem ainda o serviço de cirurgia de ambulatório, consulta e urgência.

As áreas de diferenciação do bloco operatório são: cirurgia da coluna vertebral; cirurgia do ombro; cirurgia artroplástica do ombro, anca e joelho; cirurgia artroscópica do ombro, joelho e tornozelo; e traumatologia. O que permite aos EEER intervir em variados contextos no que diz respeito à reabilitação pós operatória e ensinos para a alta.

A equipa de enfermagem é composta por 18 elementos, sendo que 5 são EEER, contudo exercem funções cumulativas (enfermagem de cuidados gerais e cuidados especializados).

No serviço de ortopedia, pelo curto tempo de internamento da maioria dos utentes, foi difícil abranger uma amostra que participasse no estudo, acabando por não se aplicar o programa de intervenção. Contudo, foi uma mais valia passar pelo contexto hospitalar, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados no pós-operatório imediato, reintegração das AVD's e ensinos para a alta sobre aspetos particulares do autocuidado, necessários à adaptação à nova condição. Considerando-se uma ferramenta fundamental na aquisição de competências.

2.2. Análise Da Produção De Cuidados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), é constituída por instituições públicas e privadas que têm como objetivos a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (ACSS, s.d.).

A coordenação da RNCCI processa-se a nível nacional, regional e local pelas Equipas Coordenadoras Regionais e Locais, respetivamente. A coordenação da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais permitindo, desta

forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem (ACSS, s.d.).

Os utentes podem ser encaminhados para a RNCCI de duas formas distintas: se estiverem internados num hospital do SNS, através da Equipa de Gestão de Altas (EGA); ou se estiverem na comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência), através do Centro de Saúde (Figura 1).

Figura 1- Referenciação para a RNCCI



Na RNCCI existem inúmeras unidades de acompanhamento de utentes que servem para dar resposta aos diferentes níveis de cuidados que cada doente necessite. Uma das unidades que faz parte da Rede são as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencentes aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa da UCC é idealmente composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais.

Perante cuidados mais especializados, nomeadamente os de enfermagem de reabilitação, é de distinguir o primoroso trabalho que é desempenhado na UCC em estudo. Há, na maioria das situações, a possibilidade de intervir em exclusividade na área de especialidade de segunda a sexta-feira, uma vez que os demais cuidados de enfermagem são assegurados pela restante equipa. Durante o fim-de-semana, não é possível que os

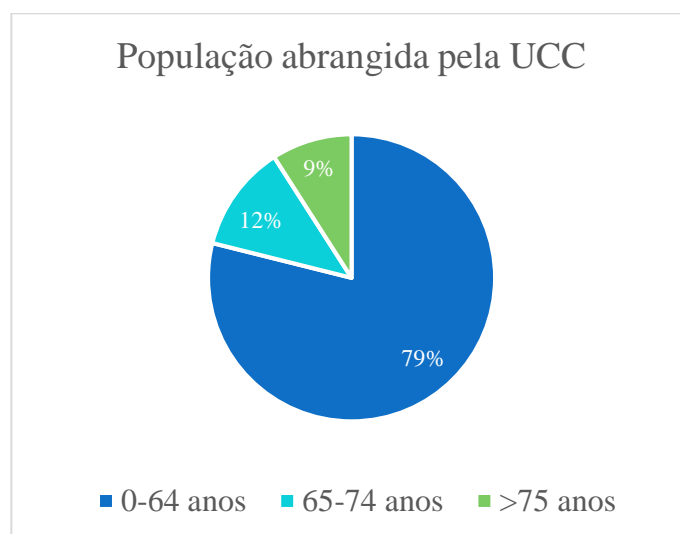
cuidados de enfermagem de reabilitação sejam praticados, pela redução do número de recursos humanos e grande afluência de doentes a necessitarem de cuidados.

2.3. Análise Da População-Alvo

A UCC em estudo abrange 6 freguesias, abarcando um total de 153 698 cidadãos residentes, definitiva ou temporariamente

Destes cidadãos, 18 487 pertencem ao grupo etário dos 65-74 anos, correspondendo a 12% da população (porção azul clara do gráfico 1) e 13 949 pertencem ao grupo etário ≥ 75 anos, correspondendo a 9% da população (porção verde do gráfico 1), concluindo um total de 32 436 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, 21% da população abrangida pela UCC é idosa (porções azul clara e verde do gráfico 1).

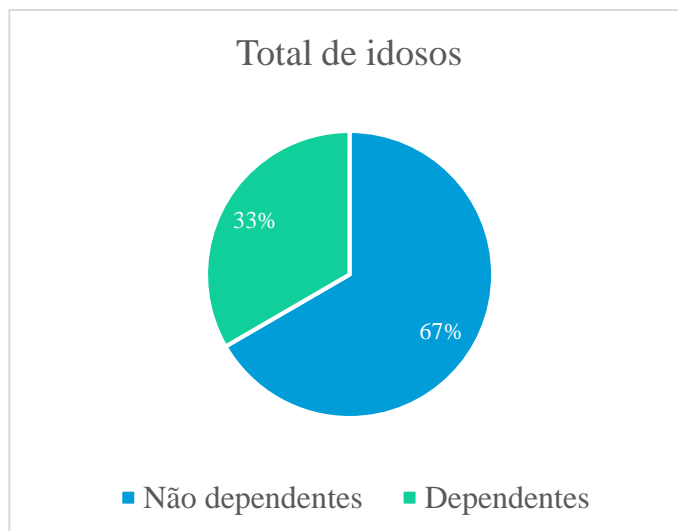
Gráfico 1 - População abrangida pela UCC



Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) a percentagem de idosos dependentes situa-se nos 33,37%, correspondendo a cerca de 10 824 pessoas (Gráfico 2). Estes valores são significativos pelas limitações associadas ao processo natural de envelhecimento, onde predomina o envelhecimento secundário. Realçamos a presença de problemas de equilíbrio corporal e de mobilidade, que

aumentam a sua vulnerabilidade e potenciam o risco de queda, condições que poderão trazer consigo uma panóplia de complicações como por exemplo a imobilidade.

Gráfico 2 - Total de idosos abrangidos pela UCC



A contrariar essas adversidades existem os EEER numa das suas missões principais que é “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3) de modo a que se reduzam os riscos associados às suas limitações.

Como tal, é imprescindível promover o equilíbrio corporal de modo a aumentar a funcionalidade e reduzir o risco de queda. Assim, o EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” e “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3).

Um dos eventos que mais preocupam as pessoas idosas e os profissionais na área da saúde são as quedas, que resultam de um conjunto de fatores pessoais e ambientais, que podem ser alvo de atenção, no sentido da potenciação das capacidades da pessoa. Contribui para esse desiderato melhorar a força, o equilíbrio e a postura, entre outros. A queda é definida como um “evento não intencional que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo” (Gasparotto, Falsarella & Coimbra, 2014, p.202). O impacto das quedas associadas ao envelhecimento atinge negativamente toda a sociedade com graves consequências pessoais, familiares e

sociais. As quedas são um dos incidentes mais comuns em idosos e, apesar das consequências físicas, estas contribuem também para a diminuição da confiança, aumento da ansiedade e da dependência (National Patient Safety Agency, 2007).

Neste sentido, a enfermagem de reabilitação demonstra a verdadeira preocupação pelo outro, com um olhar não apenas dirigido para a incapacidade da pessoa mas ajudando a mesma a aceitar a sua nova condição de vida (Hesbeen, 2003), num processo adaptativo permanente às circunstâncias sempre em mudança.

2.4. Problemática E Enquadramento Conceptual

O aumento percentual da população idosa é um traço significativo na evolução das sociedades modernas, sendo, efetivamente, um fenómeno de amplitude mundial. Em 1950 existiam 200 milhões de idosos; em 2006 representavam 600 milhões; e em 2050 estima-se que serão 1,1 biliões (Teixeira, et al, 2006). Segundo Menoita (2012), em Portugal, o envelhecimento da população tem vindo a acentuar-se quer pelo estreitamento da base da pirâmide etária, justificado pela diminuição da população jovem, baixa natalidade, uma diminuição significativa dos agregados familiares, quer pelo alargamento do topo, com um aumento da população idosa, decorrente da maior longevidade. A pirâmide das faixas etárias deixou de ser triangular, assistindo-se assim ao fenómeno da sua “inversão” (Gráficos 3 e 4).

A sua evolução ilustra-se nos gráficos 3 e 4. O gráfico 3 representa a população em Portugal no ano de 2008, demonstrando que cerca de 17,9% da população tinha 65 ou mais anos, representando 10,4% pessoas do género feminino e 7,5% do género masculino.

Em 2018, como se pode ver no gráfico 4, a tendência mantém-se, tendo havido um aumento de 3,8% no que respeita à percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, sendo que a população idosa representa assim, 21,7% da população portuguesa, mantendo-se também a tendência no que diz respeito ao género. Assim sendo, apresentam-se 12,6% de pessoas idosas do sexo feminino e 9,1% do sexo masculino.

Gráfico 3 - Pirâmide Populacional de Portugal em 2008
em <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2100/>

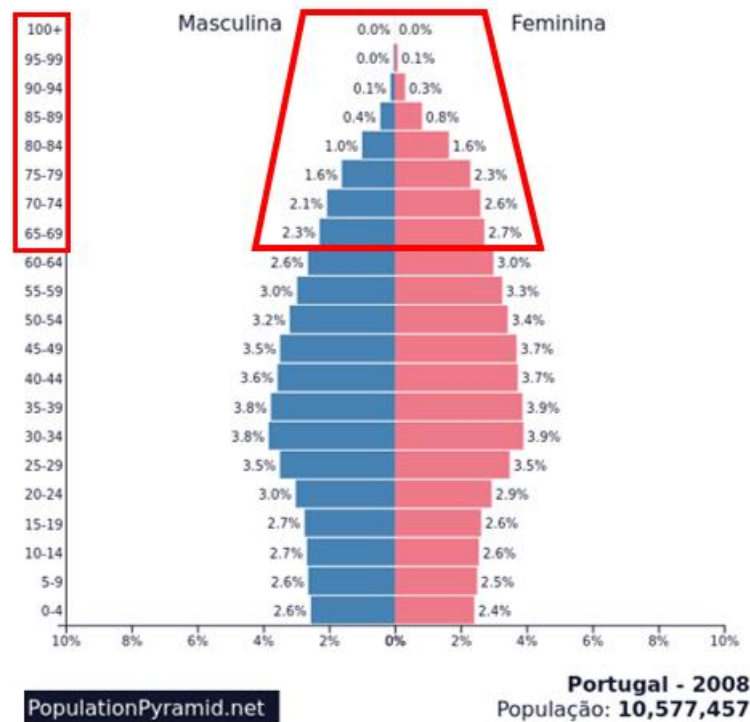
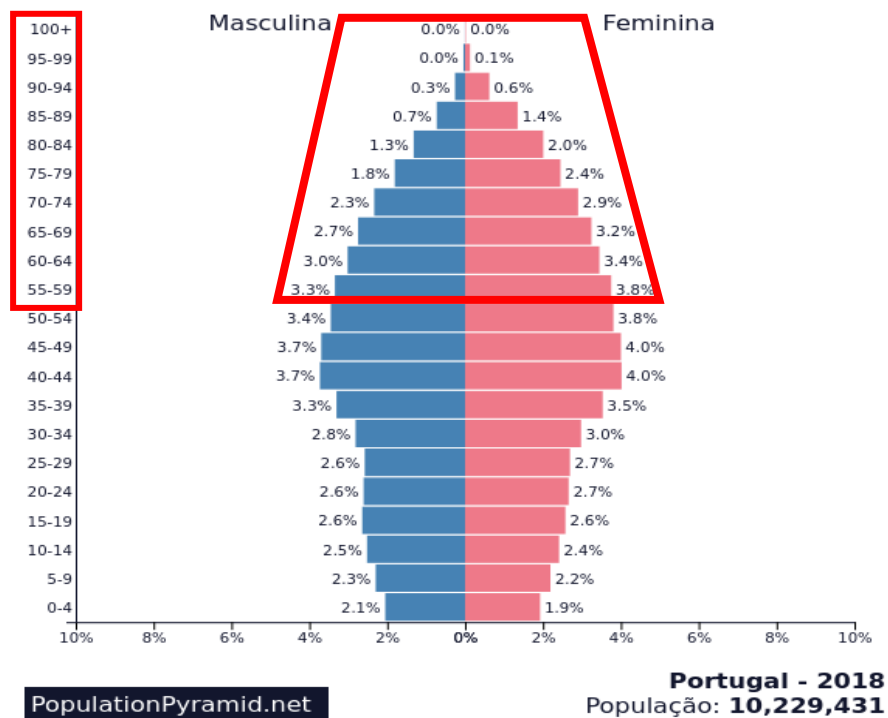


Gráfico 4 - Pirâmide Populacional de Portugal em 2018
em <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2100/>



Os dados apresentados corroboram o facto de que a população portuguesa tende cada vez mais para o envelhecimento. O índice de envelhecimento em Portugal em 2017 situava-se nos 153,2%, estando Portugal em terceiro lugar no ranking europeu (Pordata, 2018).

Tendo em conta a UCC onde o Estágio Final foi realizado, pode-se confirmar a tendência anteriormente descrita.

A DGS (2004) afirma que “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”. Podemos mencionar a Teoria das Transições de Afaf Meleis (apresentada mais detalhadamente no ponto 3.1 do presente trabalho), que nos diz que, ao longo do ciclo de vida, inúmeras serão as transições que a pessoa terá de enfrentar. E, para tal, o EEER é um elo fundamental na promoção de um envelhecimento saudável.

“O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida” (DGS, 2004), neste caso espera-se que seja uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, dos profissionais de saúde e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico, havendo necessidade de um ajuste do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.

Das limitações associadas ao processo natural de envelhecimento, onde predomina o envelhecimento secundário, é de realçar a presença de alterações de equilíbrio corporal e de mobilidade, que aumentam a vulnerabilidade e potenciam o risco de queda. Alterações estas que poderão trazer consigo uma panóplia de complicações, colocando em risco a qualidade de vida dos idosos e a sua funcionalidade. Posto isto, é notória e indispensável a intervenção do EEER de modo a contrariar estes acontecimentos.

2.4.1. Alterações no equilíbrio corporal

Para Lopes (2010), equilíbrio consiste na capacidade de manter o centro de gravidade dentro de uma base de sustentação de modo a proporcionar estabilidade corporal durante situações estáticas e dinâmicas.

Hess e Woollacott (2005), afirmam que a diminuição do equilíbrio é multifatorial, podendo estar associada a alterações músculo-esqueléticas, sensoriais, vestibulares e visuais.

A queda é uma das principais consequências da falta de equilíbrio, sendo muito frequente em pessoas idosas. Segundo Lobo (2012), 25% das pessoas que sofrem quedas, são portadoras de lesões que reduzem a mobilidade e consequentemente a independência. Pode-se associar a isto as causas de envelhecimento secundário, nomeadamente a diminuição da destreza, o aumento do tempo de reação, entre outras.

Caldevilla e Costa (2009) também definem queda como a descida rápida do corpo, de um nível superior para um nível mais baixo, podendo ocorrer por perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de suportar o peso do corpo em diferentes posições. A OMS no Relatório Global sobre Prevenção de Quedas nos Idosos (WHO, 2007), define fatores de risco associados às quedas. Estes poderão ser classificados em biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais.

Os riscos biológicos são inerentes às características de cada indivíduo, não são modificáveis, como por exemplo, a idade, género e a raça. Podem ser alterados com o declínio físico, envelhecimento, alterações cognitivas e comorbilidades advindas de doenças crónicas.

Os riscos comportamentais estão associados a ações, emoções ou escolhas. Podem ser potencialmente modificáveis, por exemplo, abuso de substâncias, polimedicação, estilo de vida sedentário, ou seja, são ações que podem ser transformadas com estratégias de alteração de comportamentos.

Os riscos socioeconómicos associam-se às condições sociais e o *status* económico dos indivíduos. Estes fatores incluem: rendas, escolaridade; condições habitacionais, acesso à saúde, falta de interação social e de recursos comunitários. Influenciando a capacidade de cada pessoa no que diz respeito ao vestuário, calçado e à utilização de dispositivos auxiliares de marcha (des)adequados.

Os riscos ambientais englobam as condições físicas de cada indivíduo e o ambiente circundante, podendo considerar riscos domésticos e riscos em ambiente público, dependendo do local onde estão inseridos. Pode-se tomar como exemplos: degraus estreitos, superfícies escorregadias, tapetes e iluminação suficiente.

Ruwer e Rossi e Simon (2005) referem que as manifestações dos distúrbios do equilíbrio corporal podem conduzir à redução de autonomia social da pessoa afetada, pela diminuição na sua capacidade em realizar as suas AVD's e pela predisposição a quedas e fraturas, trazendo sofrimento, imobilidade corporal, medo de cair novamente e acarretando custos elevados para a saúde.

2.4.2. Alterações da mobilidade

Para Moreira, Araújo & Plagiuca (2013), a mobilidade define-se como uma componente da capacidade física, que permite a deslocação do indivíduo no ambiente.

A mobilidade funcional é uma tarefa fundamental para a execução das AVD's e manutenção da independência de um indivíduo e pode ser alterada tanto na sequência do envelhecimento humano, como na sequência de situações físicas ou clínicas resultantes de determinadas patologias, lesões ou cirurgias. Maioritariamente, o ser humano só se apercebe da importância de se movimentar, quando fica inibido de o fazer.

De uma forma geral, o Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2013) declara que as alterações da mobilidade podem advir de inúmeras causas, nomeadamente: doenças neurológicas, desnutrição, problemas ortotraumatológicos, dor intensa, envelhecimento, doenças cardíacas, alterações do foro psicológico, doenças respiratórias, doenças crónicas e défice neurosensorial.

Analisando a mobilidade de forma holística, conclui-se que o ato do movimento tem repercussões em inúmeros fatores, sendo desta forma fundamental para a vida e saúde das pessoas (OE, 2013).

Durante o plano de intervenção, tornou-se relevante que o planeamento dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, reconhecesse as intervenções ao nível da manutenção da mobilidade, com vista ao autocuidado, pois é reconhecido que a mobilização precoce ou a conservação da mesma, é fundamental para a manutenção da funcionalidade.

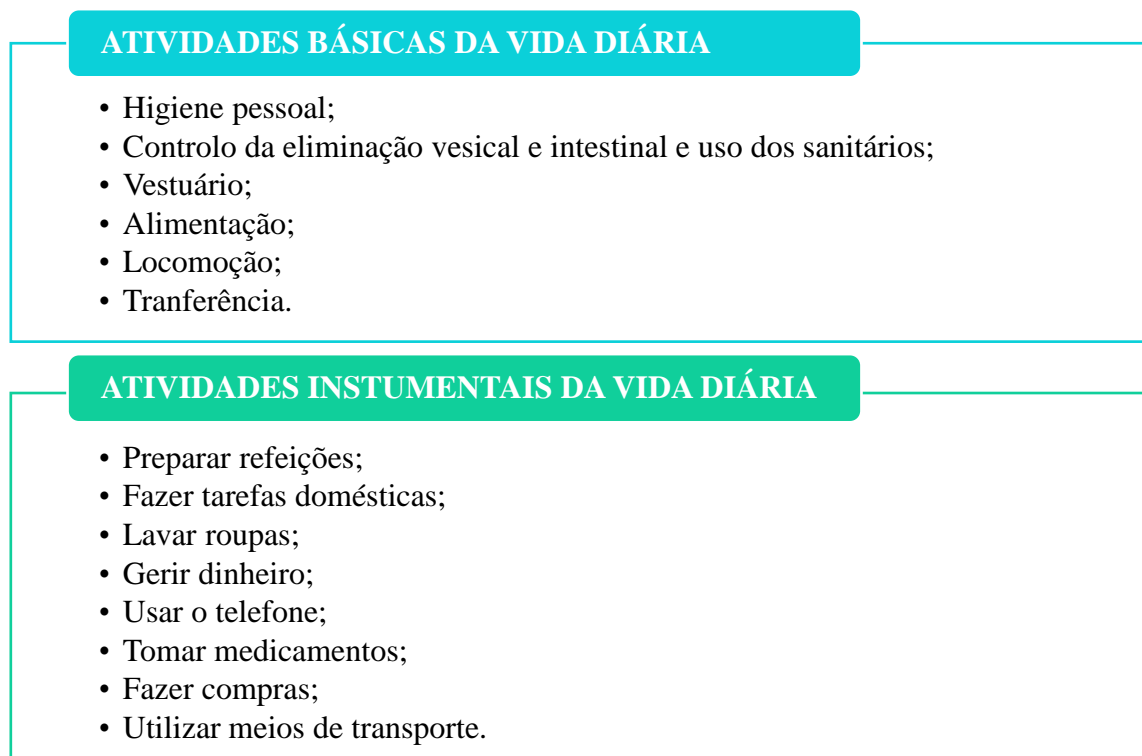
Pretende-se que o contributo da Enfermagem de Reabilitação seja visto como uma importante forma de melhorar a funcionalidade dos utentes, pois a evidência sugere que os processos estruturados de reabilitação podem ter a capacidade de combater a deterioração da função de mobilidade (Folden & Tappen, 2007; Mudge et al., 2008; Said, Morris, Woodward, Churilov & Bernhardt, 2012).

2.4.3. Dependência AVD's

O termo Atividades de Vida Diárias refere-se, no contexto da reabilitação, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia (MCEER, 2011).

Segundo Fricke (2010) e Cardoso & Eusébio (2011) estas atividades podem ser divididas em dois grupos: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (Figura 2).

Figura 2 - Especificação das atividades incluídas em cada grupo de Atividades de vida, Básicas e Instrumentais



A máxima funcionalidade em cada uma das AVD's pode ser atingida pelo treino de capacidades existentes e através da utilização de estratégias adaptativas, nomeadamente, através de dispositivos de compensação ou produtos de apoio. Aqui, o EEER tem também um papel de extrema importância em termos de educação para a saúde.

O autocuidado é uma função humana reguladora e voluntária que garante o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida, para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana (Orem, 2001).

Orem acredita que o enfermeiro, em conjunto com o utente, deve identificar os défices de autocuidado, para que se possam potenciar as capacidades na prática do autocuidado.

É neste contexto, que a avaliação da dependência do autocuidado é uma competência importante na profissão de Enfermagem, uma vez que permite planejar cuidados individualizados, definindo e implementando intervenções realistas e adequadas às necessidades de cada um, tornando os objetivos exequíveis. O EEER ambiciona que o indivíduo mantenha a sua independência nas AVD's, ajudando a obter estratégias nesse sentido, contudo, quando não é exequível manter ou alcançar a independência máxima, o EEER ajuda-o a aceitar a sua dependência e a lidar da melhor forma com a sua nova condição.

3. QUADRO DE REFERÊNCIA TEÓRICO DE ENFERMAGEM

A reabilitação é um processo complexo que necessita de uma abordagem de cuidar multidisciplinar e interdisciplinar teoricamente suportada (Hoeman, 2008). Variadíssimas teorias e modelos conceptuais, que sustentam a Enfermagem de Reabilitação, centram-se no processo de vida, no bem-estar e funcionamento ótimo, indo ao encontro do que são as competências do EEER: cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida e promover a capacitação tendo em conta as limitações/restrições apresentadas, maximizando a sua funcionalidade.

Apesar da especificidade de cada uma das teorias de Enfermagem, são evidentes conceitos centrais em todas elas, tais como: cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente. Relativamente aos vários modelos descritos, na maioria é reconhecida uma visão holística da pessoa tendo em conta a sua singularidade e autodeterminação (Ribeiro, 2008).

Os cuidados de reabilitação têm como foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e a qualidade de vida, restaurando a funcionalidade, promovendo o autocuidado, prevenindo complicações e potenciando capacidades (OE, 2011).

3.1. Teoria Das Transições De Afaf Meleis

Para Meleis transição consiste em passar de um estado estável para outro estado estável e requer por parte das pessoas a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança da definição do *self* (Guimarães, 2016). Ou seja, de acordo com Meleis, qualquer situação que implique mudança na vida de um indivíduo, ao qual implique mobilização de recursos de suporte de modo a este se reorganize e readapte, denomina-se transição.

Meleis (2010) refere que relativamente à sua natureza, as transições podem ter diversas etiologias: de desenvolvimento (relacionadas com o ciclo vital); situacionais (alterações de papéis); organizacionais (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, entre outras) e de saúde/doença. Apresentam diferentes padrões: simples ou múltiplas; sequenciais ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. Ou seja, consegue-se

perceber que são um processo complexo e multidimensional, podendo com facilidade levar a um desequilíbrio da pessoa, caso não haja consciencialização.

A consciencialização é uma característica definidora de transição. Quer isto dizer que, a pessoa apenas tem capacidade de se envolver na mudança depois de se consciencializar das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. Todas as transições desencadeiam mudança e para que seja compreendida é imprescindível que se identifiquem os seus efeitos e os seus significados (Meleis, 2010).

No contexto específico da reabilitação é indispensável que a pessoa aceite a sua nova condição de modo a caminhar favorável e conscientemente, estando ciente da necessidade de adaptação às tarefas quotidianas. Para tal, o EEER em conjunto com a pessoa e/ou prestador de cuidados, define objetivos exequíveis e delinea estratégias para que a transição de uma situação menos favorável se torne numa constante satisfação na vida de quem é cuidado e na de quem presta os cuidados.

Cada transição exige um conhecimento aprofundado da situação, uma vez que corresponde a um período de maior vulnerabilidade para a pessoa e, por essa razão, há diminuição da capacitação. Deve-se ainda providenciar conhecimentos, capacidades, estratégias e competências psicossociais para que a pessoa se sinta capaz de lidar com a experiência de transição de forma favorável. A preparação e o conhecimento prévio facilitam a experiência de transição, no caso concreto de enfermagem, pode-se dizer que os ensinamentos servem de preparação uma vez que instruem a pessoa, dando-lhe ferramentas de adaptação a uma nova condição de saúde (Guimarães, 2016). Realça-se ainda, que o processo educativo deve ser paulatinamente preparado para que seja significativo para a pessoa e a motive para a adaptação à sua nova condição.

Os indicadores de processo devem ser valorizados uma vez que permitem a identificação da direção da transição (Meleis, 2010). Os indicadores de processo compreendem: sentir-se ligado (redes de apoio); o interagir (com pessoas na mesma situação, cuidadores, profissionais de saúde); o estar situado (no tempo, espaço e pessoa) e o desenvolver confiança e *coping* (nível de compreensão da necessidade de mudança).

Segundo Meleis (2010) os indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à reformulação da identidade. A capacidade de desenvolvimento de novas competências é imprescindível para que o trajeto da transição seja realizado com sucesso.

De modo a facilitar o processo de transição saudável, o enfermeiro precisa de conhecer o desenvolvimento de todas as situações do indivíduo e família que possam simplificar e/ou dificultar o processo. Apenas desta forma é possível ajudar a pessoa a restabelecer o seu bem-estar, reformulação de identidade e mudança de comportamentos, que por sua vez diminuem a probabilidade de recidivas, aumentando a resiliência da pessoa.

A Teoria das Transições é transversal a qualquer situação de mudança de um estado para outro, e desta forma, sustenta as intervenções da prática da Enfermagem de Reabilitação, na medida em que o EEER, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação (p.4): “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício”. Ou seja, o EEER atua como agente facilitador numa transição de um estado de saúde para outro, em todas as circunstâncias da prática de cuidados.

Meleis refere que cada transição é um ponto de viragem que exige ao enfermeiro, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior fragilidade da pessoa. A pessoa idosa, a enfrentar distintas adversidades tem de enfrentar muitas transições. A transição saúde-doença é um fenómeno inevitável, como aliás a maioria das transições vivenciadas por todos nós. Assim sendo, cabe ao EEER estar atento e favorecer um processo transicional saudável.

Outro aspeto relevante no processo de reabilitação é a crença de que todas as pessoas têm potencial para tomarem conta de si ou em caso de dificuldade terem o apoio profissional para o alcançar. Tal é definido de modo claro por Dorothea Orem na sua teoria do autocuidado.

3.2. Teoria Do Défice De Autocuidado De Dorothea Orem

O autocuidado é definido por Dorothea Orem (2001, p.45), como:

“uma função humana reguladora (...) uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida, para o crescimento e desenvolvimento, e para a

manutenção da integridade humana (...) também são ações direcionadas para manter as condições internas e externas necessárias para promover a saúde, o foco na prevenção (...) ou controlo de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, saúde ou bem-estar”.

Orem desenvolveu a Teoria do Défice de Autocuidado que interrelaciona três teorias:

1) Teoria do Autocuidado; 2) Teoria do Défice de Autocuidado e 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem:

1) Teoria do Autocuidado

Orem refere que qualquer pessoa tem potencial para se autocuidar, por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida. Nas situações em que as exigências do autocuidado superam a sua capacidade de o concretizar, necessitam de suporte, quer de pessoas com responsabilidades sociais, quer os profissionais de saúde.

2) Teoria do Défice de Autocuidado

Aqui Orem exprime e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa surge um défice de autocuidado, que estabelece a relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidado. Este conceito permite a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel das pessoas no autocuidado. Perante a avaliação deste défice, o enfermeiro adequa a sua intervenção no sentido de minimizar os seus efeitos (Orem, 2001). Orem identifica 5 métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar. Ora, os métodos apresentados são todos usados pela enfermagem de reabilitação.

3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Nesta teoria é determinada a forma de dar resposta às necessidades. O sistema de enfermagem é baseado nas necessidades de autocuidado apresentadas pela pessoa e nas capacidades que esta possuiu para o seu desempenho. Os cuidados de enfermagem são exigidos quando existe um défice entre aquilo que a pessoa pode realizar e o que necessita que seja realizado para manter o funcionamento desejado. Orem identificou três classificações de Sistemas de Enfermagem: Sistema Totalmente Compensatório; Sistema Parcialmente Compensatório e Sistema de Apoio/Educação. Sendo que os cuidados de

enfermagem variam entre a substituição completa da pessoa à orientação, instrução e ensinamentos, respetivamente.

Orem acredita que o enfermeiro, em conjunto com o utente, deve identificar os défices de autocuidado, para que se possam potenciar as capacidades na prática do autocuidado.

Reconhece que as necessidades das pessoas estão relacionadas aos défices de autocuidado e que nem sempre conseguem gerir sós essa condição. Nesta perspetiva, o enfermeiro deve direccionar os seus cuidados para substituição, apoio no autocuidado, estimulando a prevenção, a cura e a reabilitação (Vall, Lemos, & Janebro, 2005).

Após o exposto anteriormente, justifica-se a escolha destas duas teorias para mapear este relatório uma vez que as transições estão inevitavelmente presentes na vida de qualquer pessoa e, no caso da Enfermagem de Reabilitação, as adaptações a novas condições de vida ou limitações, justificam a intervenção do enfermeiro como elemento capacitador, iniciando a sua intervenção com um sistema de atuação totalmente compensatório, passando por diversas transições até à máxima independência e funcionalidade da pessoa.

3.3. Modelo Conceptual De Enfermagem De Nancy Roper

O modelo de Nancy Roper baseia-se num modelo de vida que tem como núcleo a pessoa, sendo esta definida como um sistema aberto em constante interação com o meio ambiente, desta forma ao longo do ciclo vital, a pessoa vai alternando períodos de dependência/independência, influenciando a realização das AVD's.

Nancy Roper definiu, segundo o seu modelo, quatro conceitos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

A pessoa é descrita como um individuo central que satisfaz doze AVD's de acordo com o *continuum* dependência/independência e com o estadio em que se encontra do ciclo vital, tendo a influência de fatores psicológicos, biológicos, socioculturais, ambientais e socioeconómicos (Roper, Logan e Tierney, 2001). O principal objetivo da pessoa é atingir a máxima independência, dentro do possível tendo em conta as circunstâncias em que se encontra.

O ambiente engloba tudo o que é externo à pessoa. Por si só, o ambiente, pode colocar em causa o bem-estar da pessoa, uma vez que, em cada fase do ciclo vital o indivíduo está sujeito a riscos inerentes ao ambiente que deverão ser conhecidos para que possam ser evitados (Torney & Alligood, 2004).

A saúde refere-se à maneira como a pessoa realiza as AVD's em interação com fatores influenciadores do *continuum* dependência/independência, alcançando o resultado esperado quando se impede que os problemas potenciais se tornem reais (Torney e Alligood, 2004).

Por último, a enfermagem refere-se à forma de ajudar as pessoas a prevenir que problemas potenciais se tornem reais, aliviando, resolvendo ou prevenindo o reaparecimento de problemas (Torney e Alligood, 2004).

Segundo o modelo de Roper, as 12 AVD's que descrevem a vida da pessoa são: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura corporal; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir a sexualidade; dormir; e morrer (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

Assim sendo, este modelo tem como principais pressuposições o facto de se poder descrever a vida como um conjunto de AVD's, sendo que a forma como estas são realizadas por cada pessoa contribui para a individualidade das mesmas. Assim, a pessoa é avaliada em todas as fases do ciclo vital, ao longo das quais, tende a tornar-se cada vez mais independente nas suas AVD's (Elsherif, Noble, 2011; Fang, 2015; Beh, 2012; Pinkney et al., 2013).

Resumindo, o modelo de enfermagem baseado no modelo de vida tem como objetivo auxiliar os enfermeiros a planear uma abordagem personalizada de intervenções, que ao serem implementadas, tenham o intuito de capacitar o utente para enfrentar os problemas que provocam dependência, procurando alcançar a independência em qualquer AVD que esteja afetada (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, é definido que:

“o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...). A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, (...) e intervenções terapêuticas que

visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades, (...)” (p. 1).

O papel do EEER é criar programas de reabilitação adaptados ao tipo e grau de independência pretendido para o utente, que promovam a sua capacidade de autocuidado, realização das AVD e participação social. As atividades de autocuidado são dirigidas pelo potencial, capacidades, preferências, estilo de vida e participação da pessoa.

4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Segundo o dicionário da língua portuguesa, compreende-se por objetivo “aquilo que se pretende alcançar, fim, propósito, alvo”. Assim, a definição de objetivos é fundamental para delinear um plano acerca do que se pretende alcançar. Neste caso, pretendem-se atingir objetivos concretos em relação ao Estágio Final, no que diz respeito a competências de EE, EEER e mestre. A finalidade é desenvolver competências de especialista, mas especificamente na área de reabilitação, desenvolvidas num contínuo que atravessa todas as experiências vividas no curso. Descriminados em objetivos de mais curta dimensão de modo a obter um retrato mais concreto do que alcançamos (Quadro 1).

Para tal foram definidos os seguintes objetivos:

Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações nas AVD's

Este objetivo foi definido uma vez que, segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER, permite identificar as necessidades de intervenção especializada na área da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades em que estão impossibilitadas de executar atividades básicas de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação e restrição, de natureza permanente ou temporária. Permitindo ao EEER a correta identificação da situação da pessoa, conseguindo elaborar um plano de cuidados adequado às necessidades de cada um.

Conceber planos de intervenção com vista a promover capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade

Segundo uma das teóricas utilizadas como suporte para o presente relatório, pode-se afirmar que, qualquer pessoa ao longo da sua vida passará por inúmeras situações de transição e que, nem sempre, conseguirá superá-las sozinha (Meleis, 2010). Nestas situações, o EEER apresenta-se como elemento facilitador no processo de transição, utilizando os seus conhecimentos práticos e teóricos, na elaboração de estratégias que servirão de impulso para que a pessoa tenha um processo transicional positivo.

Cuidar de pessoas em todas as práticas de cuidados

Tendo em conta que o enfermeiro acompanha a pessoa em todas as fases do ciclo vital, é fácil de perceber que o EEER terá também essa missão, tendo acrescida as suas competências especializadas. Tendo em conta os locais de estágio escolhidos para a elaboração do Estágio Final (UCC e Serviço de Internamento de Ortopedia), pode-se afirmar que foram aplicados os conhecimentos específicos em contextos bastante distintos, permitindo ao EEER a avaliação e adequação de planos de intervenção num contexto mais agudizado (no serviço de Internamento de Ortopedia) e num contexto comunitário/domiciliário.

Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

É evidente no Regulamento das Competências Específicas do EEER que o enfermeiro deve interagir com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal. Ou seja, o EEER concebe e implementa planos de intervenção de acordo com as capacidades presentes com o objetivo de melhorá-las (ou não permitindo uma progressão da limitação), avaliando e reformulando os programas em função dos resultados esperados.

Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre as práticas

Tendo em conta que, o EEER deve avaliar, diagnosticar, planear, executar e avaliar as intervenções que idealiza, é coerente que a este processo esteja inerente a capacidade de reflexão crítica de todas as situações com as quais o EEER se depara.

Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta na equipa multidisciplinar

O trabalho do EEER apenas faz sentido se for integrado numa equipa de cuidados. O trabalho de equipa, tendo como foco o bem-estar da pessoa com necessidade de cuidados, é a forma mais adequada de planear um plano adequado. Cada grupo profissional tem um papel imprescindível na interpretação da situação da pessoa, e havendo cooperação a recuperação é facilitada.

Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Durante o Estágio Final foi implementado um Projeto de Intervenção (apresentado no ponto 5) com o intuito de colocar todos os conhecimentos e competências a adquirir, em prática. Deste modo, tenciona-se avaliar os dados obtidos e demonstrar resultados sensíveis aos cuidados de ER.

Quadro 1 - Objetivos do Estágio Final, Competências do EE, EEER e Mestre

Objetivos	Competências
Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações nas AVD's	EE: A1; B3; C2; D2 EEER: J1, J2 Mestre: a) b) c) d) e)
Conceber planos de intervenção com vista a promover capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade	EE: A; B3; C2; D2 EEER: J1, J2, J3 Mestre: b) c) e)
Cuidar de pessoas em todas as práticas de cuidados	EE: A; B; C; D EEER: J1 Mestre: a) c) d)
Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	EE: A; B2; B3; D2 EEER: J3 Mestre: b) c) e)
Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre as práticas	EE: A; B3; D2 EEER: J1, J2, J3 Mestre: b) e)
Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta na equipa multidisciplinar	EE: C; D2 EEER: J1, J2, J3 Mestre: b) d)
Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação	EE: B2 C; D EEER: J1, J2, J3 Mestre: b) c) d) e)

5. PLANO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

No âmbito da Unidade Curricular - Estágio Final, da 2ª edição do Mestrado em Enfermagem – Área de Reabilitação, organizada pelo Instituto Politécnico de Setúbal, em associação com a Universidade de Évora, IP de Beja; IP de Portalegre, IP de Castelo Branco foi elaborado o projeto “Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido” a ser desenvolvido numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

5.1. Objetivos

No sentido de tornar mais claro caminho percorrido no projeto de intervenção especificam-se agora os objetivos direcionados para a pessoa com equilíbrio corporal comprometido.

O objetivo de processo é: capacitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido para a maximização da funcionalidade. Especificando-o nos seguintes: avaliar a funcionalidade da pessoa; avaliar o equilíbrio corporal e identificar as variáveis que o condicionem e implementar um plano de enfermagem de reabilitação para a pessoa com equilíbrio corporal comprometido.

5.2. Metodologia

5.2.1. Tipo de plano de intervenção

O presente trabalho insere-se num contexto que se aproxima da investigação-ação, uma vez que se inicia na avaliação de uma problemática, realiza um diagnóstico e introduz medidas para a modificação da situação à medida que se interage no contexto (Koerich, Backes, Sousa, Erdmann & Albuquerque, 2009).

A escolha desta metodologia deve-se ao facto de ser participativa, permitindo desta forma que o investigador interaja com os sujeitos, mas também com o facto de ser ativa ao nível da capacitação da informação, podendo ser facilitadora nas mudanças de comportamentos (Carvalho, Ribeiro, Figueiredo & Tyrrell, 2011).

O plano de intervenção realizado é de natureza transversal, uma vez que decorre num determinado período (Fortin, 1999). Apresenta ainda uma perspetiva descritiva, uma vez

que assenta em estratégias de pesquisa para “descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular” (Freixo, 2009, p.106).

5.2.2. População e amostra

Segundo Fortin (2009) a população define-se como um conjunto de pessoas com características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Assim sendo, a população do plano de intervenção foi selecionada de forma intencional. Foram considerados participantes aqueles que se encontraram sob cuidados da equipa da UCC durante o período estabelecido e que cumprissem os seguintes critérios:

- Participar de forma livre e esclarecida, sabendo que poderiam deixar de fazer parte do projeto assim que fosse essa a sua vontade (Consentimento informado em Apêndice 1);
- Apresentar alteração da mobilidade, nomeadamente do equilíbrio;
- Ter potencial de reabilitação;
- Apresentar condições cognitivas de participação tendo 3 a 6 anos de escolaridade (MMSE \geq 24 pontos).

5.2.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

O plano de intervenção incluiu tempos de avaliação e de execução, sendo relevante explicitar a metodologia seguida e os instrumentos de avaliação utilizados.

As variáveis consideradas para o projeto foram: estado de consciência, orientação e cognição; equilíbrio; força muscular; mobilidade articular; tónus muscular, transferência e marcha, desempenho das AVD's e risco de quedas. Apresenta-se abaixo um quadro com as variáveis a serem avaliadas e o respetivo instrumento de avaliação a ser utilizado em cada uma delas, de modo a facilitar a leitura e interpretação dos dados (Quadro 2).

Quadro 2 - Variáveis e instrumentos de avaliação

Variável	Instrumento de avaliação
Consciência, orientação e cognição	<i>Minimental State Examination</i> (MMSE)
Desempenho de AVD's	Medida de Independência Funcional (MIF)
Equilíbrio/Pôr-se de pé	Escala de Equilíbrio de <i>Berg</i>
Força muscular	Escala de <i>Lower</i>
Marcha	Medida de Independência Funcional (MIF)
Mobilidade articular	Observação/avaliação direta
Risco de queda	Escala de Quedas de <i>Morse</i>
Tónus muscular	Escala de <i>Ashworth</i>
Transferência	Observação/avaliação direta

Foi criado um instrumento de colheita de dados (Apêndice 9.2) em que, numa primeira parte, continha informações básicas do utente (nome/codificação, situação clínica, entre outros) e a escala de avaliação da cognição, MMSE, para ser aplicada funcionando como fator de inclusão ou exclusão da pessoa no programa. Numa segunda parte, estavam compiladas todas as escalas de avaliação a serem utilizadas, caso a pessoa cumprisse todos os critérios de inclusão.

A primeira parte do instrumento de colheita de dados apenas foi aplicada uma vez e a segunda parte foi aplicada num momento de avaliação inicial e após 4 semanas de intervenções de enfermagem de reabilitação.

A utilização dos instrumentos de avaliação acima referidos permite ao EEER documentar informação importante que possibilita a identificação de diagnósticos de enfermagem, estando todas traduzidas e validadas para serem utilizadas em Portugal.

A utilização de instrumentos de medida permite quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER. Sendo de extrema importância que a Ordem dos Enfermeiros tenha elaborado um documento que serve de guia orientador (Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, 2016), permitindo uniformizar os instrumentos e documentar os cuidados permitindo a sua continuidade e o desenvolvimento de projetos de investigação que possam assumir como boas práticas e ser replicados. Assim é importante referir que três dos instrumentos constam no documento elaborado pela OE. Em seguida, será apresentado um breve resumo de cada uma das escalas utilizadas:

- **Mini Mental State Examination**

O Mini Mental State Examination (MMSE) ou Mini-Exame do Estado Mental, elaborado por Folstein et al. (1975), foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994). É um dos testes mais utilizados para avaliação do funcionamento cognitivo. Permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006).

O MMSE foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem, visual e espacial (Chaves, 2009).

O *score* pode variar de 0 a 30 pontos, sendo que 30 pontos corresponde à manutenção cognitiva total. Morgado et al. (2009) propõem os seguintes valores operacionais de “corte” do MMSE para a população portuguesa atual, tendo em conta os anos de literacia: 0-2 anos – 22 pontos; 3-6 anos – 24 pontos; igual ou superior a 7 anos – 27 pontos.

Optou-se por colocar o critério de inclusão de 24 pontos no MMSE, uma vez que todos os participantes apresentaram entre 3 a 6 anos de literacia.

- **Medida de Independência Funcional (MIF)**

A MIF foi criada em 1984 pela Academia de Medicina Física de Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação. É um instrumento que possibilita a determinação da severidade da incapacidade, a avaliação e acompanhamento dos ganhos funcionais do doente e do resultado obtido e a avaliação da qualidade de um programa de reabilitação (Farias e Buchalla, 2005).

A MIF avalia as áreas de autocuidado, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social por meio de pontuação que varia de um a sete, sendo esses valores correspondentes ao nível de dependência de terceiros. Desse modo, temos: Nível 7 – Independência completa (todas as atividades são realizadas sem ajuda, sem modificação, com segurança e em tempo útil); Nível 6 – independência modificada (a atividade realizada requer equipamentos especializados, um tempo de realização acima do razoável ou exige cuidados de segurança); Nível 5 – supervisão ou preparação (a

pessoa necessita de um controle, da presença ou sugestão de outra pessoa, mas sem contacto físico); Nível 4 – Ajuda com contacto mínimo (a pessoa realiza 75% ou mais da atividade); Nível 3 – ajuda moderada (a pessoa realiza 50 a 74% da atividade); Nível 2 – ajuda máxima (a pessoa desenvolve menos de 50%, mas realiza pelo menos 25% da atividade); Nível 1 – ajuda total (a pessoa desenvolve menos de 25% da atividade) (Farias e Buchalla, 2005).

Esse instrumento de avaliação é bastante pertinente na prática dos EEER, uma vez que é bastante sensível aos ganhos conseguidos com as suas intervenções. Se se obtiver uma pequena subida de score, é já uma mais-valia para a pessoa a quem se prestam cuidados de reabilitação.

- **Escala de Equilíbrio de Berg**

A Escala de Equilíbrio de Berg foi criada por Katherine Berg em 1992, tendo sido traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Brasil) por Miyamoto et al., na sua dissertação de mestrado, pelo que a versão brasileira é um instrumento confiável para ser usado na avaliação do equilíbrio da população idosa portuguesa (Silva et al., 2007). É composta por 14 itens envolvendo tarefas funcionais específicas que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico. Cada item apresenta uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem uma pontuação entre 0 e 4, em função do desempenho do utente, obtendo um *score* total de 56 pontos (Oliveira, 2006; Silva *et al.*, 2007).

O *score* desta escala é baseado na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba três dimensões: manutenção da posição, ajuste postural e movimentos voluntários (Santos, 2007).

Uma pontuação entre 0 e 20 indica mau equilíbrio, e entre 40 e 56 pontos indica bom equilíbrio (Oliveira, 2006). Estes pontos devem ser subtraídos, caso o tempo ou a distância não sejam atingidos ou o sujeito necessite de supervisão para a execução da tarefa ou de suporte no esterno (Abreu *et al.*, 2008).

Apenas são evidentes ganhos no equilíbrio, caso a pessoa se consiga manter em pé. No caso de haver ganhos em termos ao equilíbrio sentado, é pouco notória a melhoria.

- **Escala de Lower**

Esta escala classifica a força muscular e a sua avaliação deve-se iniciar dos segmentos distais para os proximais, bilateralmente. O método utilizado vale-se do uso da força e da resistência do profissional que efetua a avaliação, representado o numerador o desempenho da pessoa, e o denominador o desempenho do profissional, variando no intervalo entre 0/5 e 5/5.

O valor 0/5 indica a ausência de contração muscular e de movimento; 1/5 – observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento; 2/5 – tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama; 3/5 – raio de movimento completo apenas contra gravidade, não contra resistência; 4/5 – raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força; e 5/5 – movimento normal contra gravidade e resistência (Pinto, 2001; Menoita, 2012).

- **Escala de Morse**

Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse, iniciou a construção da escala num projeto piloto em 1985, na Universidade de Alberta, no Canadá, com base num estudo de 100 doentes com quedas e 100 doentes sem queda selecionados de forma aleatória (Morse, 2009). Foi testada por outras organizações e autores de forma independente e destina-se ao adulto em geral (Morse, 2006).

Esta escala consiste em seis itens que refletem os fatores de risco de queda (Morse, 2009) são eles: Antecedentes de queda/história de queda; diagnóstico secundário; apoio na deambulação; terapia endovenosa em perfusão; tipo de marcha e estado mental/percepção mental.

A pontuação varia entre 0 e 125 pontos e o resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco. Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos.

- **Escala de Ashworth Modificada**

Esta escala é utilizada para avaliar o tônus muscular, que se define como um estado de tensão permanente do músculo estriado mesmo quando em repouso. Segundo Pinto (2001), o tônus muscular é um reflexo propriocetivo, destinado a manter a postura corporal através de uma contração permanente e moderada dos músculos.

Na sua aplicação é avaliada a resistência oferecida ao movimento durante as mobilizações passivas em todos os planos de movimento e nos vários segmentos corporais, do distal para o proximal. A movimentação passiva da extremidade é realizada avaliando o momento da amplitude articular em que surge a resistência ao movimento. É uma escala ordinal que varia entre 0 e 4. Correspondendo: 0 - nenhum aumento do tônus; 1 – Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por uma resistência mínima, no final da amplitude de movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão; 1+ – leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da amplitude de movimento articular restante; 2 – aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento, mas a região é movida facilmente; 3 – considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil e 4 – parte afetada rígida em flexão ou extensão (Menoita, 2012).

- **Observação direta**

Ander-Egg (1976) utiliza a antítese “a observação é um procedimento antigo e a mais moderna das técnicas de pesquisa” para evidenciar a intemporalidade deste método. A observação é utilizada todos os dias, por todos nós e em (praticamente) todas as situações.

A observação participante é uma técnica de eleição que permite compreender as pessoas e as suas atividades no contexto da ação, podendo reunir na observação participante, uma técnica de excelência que lhe permite uma análise indutiva e compreensiva (Correia, 2009).

Citando Correia (2009) de acordo com Spradley (1980):

“na abordagem por “Observação participante” há que realçar que os objetivos vão muito além da mera descrição dos componentes de uma situação, permitindo a identificação do sentido, a orientação e a dinâmica de cada momento. Face à intersubjetividade presente em cada momento, a observação em situação permite e facilita a apreensão do real, uma vez que estejam reunidos aspetos essenciais em campo” (p.31).

A observação requer alguns atributos indispensáveis ao observador, tais como: atenção, sensibilidade e paciência (Correia, 2009) e ainda a capacidade de colocar a imparcialidade à frente do que observa, favorecendo uma abordagem indutiva, com natural redução de preconceções. A possibilidade de vir a clarificar aspetos observados e anotados em observações mais focalizadas, constitui um ganho excecional face a outras técnicas de investigação (Correia, 2009).

Assim sendo, apesar de todos os instrumentos de avaliação utilizados serem insubstituíveis, a observação é transversal e simultânea a todos eles.

5.2.4. Considerações éticas

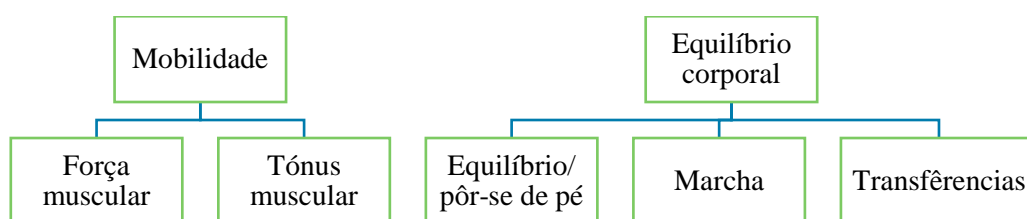
Foram garantidos os princípios fundamentais de dignidade e liberdade, igualdade, verdade e justiça, solidariedade, excelência dos cuidados e ética profissional, para além dos deveres deontológicos inerentes à profissão de enfermagem (OE, 2015). Também os princípios éticos referentes à investigação em Enfermagem foram assegurados, nomeadamente: a confidencialidade, a veracidade, a beneficência e não maleficência, a fidelidade e a justiça (Nunes, 2013).

O plano foi sujeito à comissão de ética da Administração Regional do Sul Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Quando implementado, o projeto foi dado a conhecer aos participantes/familiares, garantindo o seu consentimento na participação e o direito de desistir em qualquer etapa do mesmo. A privacidade e confidencialidade das pessoas e dos dados foram garantidas, sendo codificados (tratados de forma anónima e apenas conhecidos pelo investigador) e posteriormente destruídas as fontes de obtenção dos mesmos. O estudo não comportou custos adicionais para as unidades onde se realizou.

5.2.5. Plano de intervenção

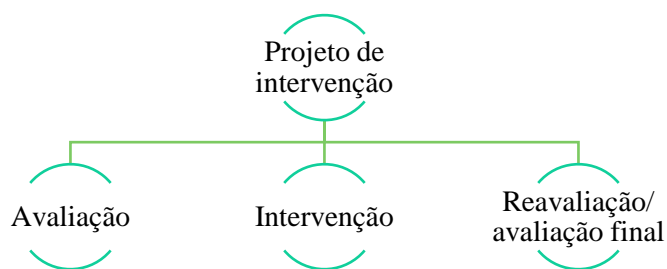
O plano de intervenção teve por base a melhoria do equilíbrio corporal, abordando dois focos, a **mobilidade** e o **equilíbrio corporal**. Em cada foco foram avaliadas duas e três variáveis, respetivamente, assim, no foco **mobilidade** avaliou-se a força muscular e o tónus muscular; no foco **equilíbrio corporal** avaliou-se o equilíbrio/pôr-se de pé, a marcha e as transferências (Figura 3). Foi ainda avaliado o desempenho nas AVD's e o risco de queda através das escalas MIF e Escala de Quedas de Morse, respetivamente.

Figura 3 - Fluxograma dos focos e variáveis estudados



Optou-se por trabalhar estes dois focos uma vez que o objetivo major é melhorar a autonomia de cada pessoa, melhorando a independência funcional. Assim sendo, o plano dividiu-se em três grandes momentos (Figura 4).

Figura 4 – Fluxograma do Projeto de Intervenção



Um primeiro momento de **avaliação**, onde foram efetuados os diagnósticos de situação após a aplicação dos instrumentos de avaliação selecionados.

Um segundo momento de **intervenção** (Quadro 3) onde foi implementado/aplicado o plano de cuidados elaborado, que decorreu em 4 semanas com aplicação 2 a 3 vezes por semana.

E um terceiro momento onde foi efetuada a **reavaliação** ou **avaliação final**, após quatro semanas (2 a 3 dias/semana) de intervenções de enfermagem de reabilitação, aplicando novamente os mesmos instrumentos utilizados na primeira avaliação, à exceção do MMSE por inutilidade na reinterpretação dos seus dados.

Quadro 3 - Resumo do plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Foco	Diagnóstico	Intervenções de ER	Resultados esperados
Equilíbrio corporal	Equilíbrio corporal comprometido	Avaliar o equilíbrio corporal: – Equilíbrio estático e dinâmico sentado; – Equilíbrio estático e dinâmico ortostático.	✓ Taxa de resolução equilíbrio corporal comprometido; ✓ Melhorar equilíbrio estático e dinâmico; ✓ Prevenir e corrigir defeitos posturais; ✓ Manter alinhamento tronco e membros; ✓ Promover segurança para a marcha.
		Estimular a manter equilíbrio corporal: – Correção postural.	
		Executar técnica de treino de equilíbrio: – Alternância de carga dos membros superiores e inferiores; – Apoio unipodal; – Exercícios de coordenação de movimentos; – Facilitação cruzada.	
		Monitorizar o equilíbrio corporal (E. Berg)	
		Orientar técnica de equilíbrio corporal: – Alternância de carga dos membros superiores e inferiores; – Apoio unipodal; – Exercícios de coordenação de movimentos; – Facilitação cruzada.	
Mobilidade	Movimento muscular diminuído	Executar técnica de exercício muscular e articular: – Passivo – Ativo- assistido – Ativo – Ativo-resistido	✓ Ganhos em capacidade para executar técnica de exercício muscular e articular; ✓ Prevenir perda de mobilidade e tônus muscular; ✓ Melhorar/Manter fortalecimento muscular.
		Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculares e articulares ativos: – Auto mobilizações	
		Avaliar Tônus muscular (E. Ashworth) Avaliar Força muscular (E.Lower)	

5.2.6. Análise de estratégias utilizadas no plano de intervenção profissional

Treino da força muscular

A literatura demonstra que o desenvolvimento da força muscular se dá principalmente pelo treino resistido, ou seja, um treino na qual se vence uma resistência, quer de uma forma dinâmica ou em isometria. Também é conhecido que a força muscular pode ser melhorada de uma forma progressiva. Fiatarone, Marks, Ryan, Meredith, Lipsitz & Evans (1990) observaram ganhos de força em oito semanas após treino resistido, mesmo em indivíduos de 90 anos. Evidencia-se que músculos preparados, melhoram a função articular e inevitavelmente o movimento muscular. De acordo com Lee & Park (2013) os exercícios de fortalecimento não só aumentam a força, mas também melhoram o equilíbrio e beneficiam a autonomia das AVD's.

A mobilização passiva, ativa-assistida, ativa e resistida são estratégias utilizadas pelo EEER para evitar o déficit funcional dos utentes. Para Kisner & Colby (2007) as mobilizações são exercícios que visam a melhoria e a restauração da funcionalidade, prevenindo ao mesmo tempo a disfuncionalidade.

A mobilização passiva encontra-se indicada em situações em que o utente não consegue mover ativamente um segmento ou vários segmentos do corpo, podendo estar relacionado ao repouso no leito, coma, paralisia, entre outras. Neste caso é o enfermeiro que realiza todo o movimento (Menoita, 2012).

A mobilização ativa-assistida, é utilizada quando o utente necessita de auxílio para completar o movimento, ou seja, o utente consegue iniciar o movimento, mas necessita de ajuda para alcançar a amplitude máxima. Este tipo de mobilização está indicado em caso de fraqueza muscular (Menoita, 2012).

A mobilização ativa, consiste no movimento executado pelo utente sem limitação da amplitude, em que existe contração ativa dos músculos do segmento a mobilizar (Menoita, 2012).

Por último, a mobilização ativa-resistida pressupõem a aplicação de uma resistência externa sobre o movimento ativo do individuo, visando manter a integridade das estruturas articulares, a amplitude dos movimentos, a conservação da flexibilidade e a prevenção aderências e contraturas (Menoita, 2012).

Avaliação do tônus muscular

O tônus muscular influencia diretamente o controlo motor, a força muscular e o equilíbrio. Na prática clínica para a avaliação do tônus muscular, os EEER utilizam a escala de *Ashworth*. As alterações do tônus muscular podem-se apresentar pela contração excessiva (hipertonia) ou descontração total (hipotonia). O quadro mais frequente é o de hipertonia ou espasticidade, para refutar esta situação, surgem intervenções como: posicionamentos terapêuticos, exercícios de amplitude passivos, uso de talas, alongamentos passivos, exercícios de mobilidade funcional e treino de equilíbrio (Kneafsey, 2007; Krishnamoorthy, Aradharajulu & Kanase, 2017; Oliveira & Golin, 2017).

Também a massagem de relaxamento, a aplicação de calor ou frio foram utilizadas na redução da dor, na melhoria da amplitude de movimento e postura, influenciando de uma forma positiva o controlo da espasticidade (Stevenson, 2010).

Equilíbrio Corporal/Pôr-se de pé

Um dos maiores problemas que os utentes apresentam com o avançar da idade é a alteração do equilíbrio corporal. Associado a todas as questões que caminham em simbiose com o envelhecimento, há uma grande probabilidade de quedas nos utentes. (Meneses, Burke & Marques, 2012). As alterações mencionadas proporcionam assimetrias ao utente, tanto na posição de sentado como em posição ortostática, comprometendo as transferências de peso e a instabilidade postural (Escarcel, Muller & Rabuske, 2010). A força muscular e o controlo postural são pré-requisitos para uma mobilidade eficaz. Como refere Bhimani et al., (2012) o equilíbrio e a marcha estão intimamente ligados uma vez que sem o primeiro não se consegue o segundo. Neste contexto torna-se essencial uma ação precoce por parte dos EEER, com o treino postural e controlo de tronco. Num estudo desenvolvido por Wang et al., (2017) que apresentava como objetivo investigar o efeito de um treino precoce de controlo do tronco na recuperação da função de equilíbrio, o grupo de intervenção foi submetido a um treino de controlo de tronco durante 14 dias. Concluiu-se que o treino precoce de controlo do tronco podia melhorar significativamente a função do equilíbrio e a capacidade motora.

Segundo uma revisão sistemática levada a cabo por Pereira (2018), os exercícios de equilíbrio corporal utilizados com frequência são: transferências de peso de uma perna

para outra, treino de balanço na cama, treino de equilíbrio unipodal, andar por cima de uma linha reta, exercícios de inclinação para a direita e esquerda, treino de mudança de decúbito, tocar num objeto suspenso sem sair do sitio e exercícios no leito com bola suíça (Leite, Borba, Silva, Nascimento, Silva & Conceição, 2009; Sartori et al., 2009; Veerbeek, Wegen, Peppen, Van der Wees, Hendriks, Rietberg & Kwakkel, 2014; Martínez-Velilla, Cadore, Casas-Herrero, Idoate-Saralegui & Izquierdo, 2016; Preto, Gomes, Novo, Mendes & Granero-Molina, 2016; Büyükavcı, Şahin, Sağ, Doğu, & Kuran, 2016). Todos os artigos referidos anteriormente apresentaram resultados satisfatórios após a implementação dos exercícios, com melhorias significativas no equilíbrio dinâmico e estático.

A posição ortostática é reconhecida como o restabelecimento do equilíbrio, ou seja, da dinâmica entre o tônus muscular, a força muscular e o movimento (Bhimani et al., 2012; Stevenson, 2010). Stiller (2000) confere à postura ortostática benefícios como: restauração da distribuição de fluidos corporais, redução de efeitos da imobilidade e da permanência no leito, posição de melhoria de trocas gasosas e do estado de alerta. A influência sobre o sistema cardiovascular, a oxigenação, ventilação, estimulação vestibular, resposta antigravitacional, prevenção de contraturas e úlceras por pressão (Sibinelli, Maioral, Falcão, Kosour, Dragosavac & Lima, 2012). Sartori et al., (2009) observaram melhorias significativas após um plano de intervenção de reabilitação relativamente à estabilidade ortostática, revelando ser um fator importante para o aumento do grau de independência funcional. Assim o ganho de independência para as AVD's é influenciada pelo desempenho satisfatório de tarefas como: pôr-se de pé, transferências e marcha (Antunes, Justo, Justo, Ras & Prudente, 2016).

Transferências/ Marcha

A transferência é uma das atividades fundamentais para capacitar o utente e progredir na sua funcionalidade, podendo predicar independência no autocuidado ir ao sanitário ou usufruir de uma refeição à mesa com a família, por exemplo, traduzindo-se num enorme ganho em termos de qualidade de vida.

Como refere Menoita (2012) é fundamental a promoção do autocuidado, de forma a pessoa se torne o mais independente possível. E sendo autónoma no autocuidado transferir-se é um ponto de partida e uma mais-valia para o treino de AVD's.

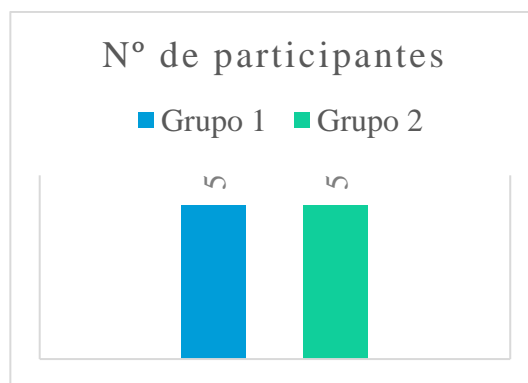
A marcha é uma das atividades mais ambicionada por qualquer pessoa. No plano de intervenção implementado, foi possível realizar treino de marcha com alguns utentes, utilizando meios auxiliares; exercícios de subir e descer escadas; agachamentos; sentar e levantar de uma cadeira. Todos estes exercícios estão descritos na literatura como sendo adequados para as situações diagnosticadas (Menoita, 2012; OE, 2009).

Assim e em forma de conclusão, durante um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, o enfermeiro especialista irá posicionar-se entre o executar, assistir e incentivar o utente, consoante o seu nível de capacitação tendo em vista a maximização da funcionalidade (OE, 2009).

5.3. Análise De Resultados Obtidos

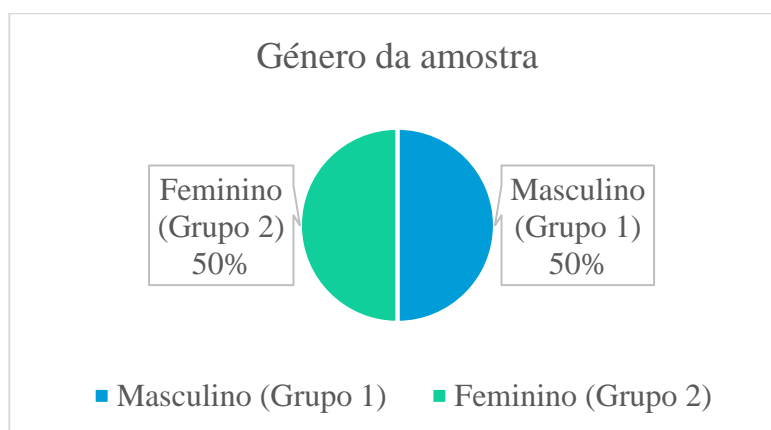
O programa de intervenção foi aplicado numa UCC. Foram selecionados 10 utentes ($N_A + N_B$), formando dois grupos (Gráfico 5). Um primeiro (Grupo 1), onde os cuidados de reabilitação foram prestados no domicílio (5 utentes, $N_A = 5$); e um segundo (Grupo 2), onde os cuidados foram prestados num pavilhão municipal inserido num projeto da UCC na área do envelhecimento ativo (5 utentes, $N_B = 5$).

Gráfico 5 - N° de participantes por grupo



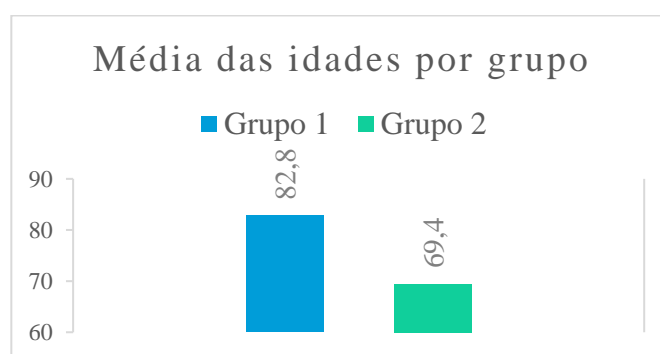
A amostra divide-se ao meio no que diz respeito ao género. Sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Pode-se ainda dizer que a amostra do Grupo 1 é 100% do sexo masculino e a amostra do grupo 2 é 100% do sexo feminino (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Género da amostra



A média das idades do Grupo 1 é de 82,8 anos enquanto a do Grupo 2 situa-se nos 69,4 anos. Tendo a população do grupo 1 tendencialmente mais idade do que a do grupo 2 justificam-se as intervenções em contexto domiciliário ou em contexto comunitário, respetivamente.

Gráfico 7 - Média das idades por grupo (anos)



Todas as informações descritas anteriormente encontram-se resumidas no Quadro 4.

Quadro 4 - Caracterização da amostra

	Grupo 1	Grupo 2
Nº de participantes ($N_A + N_B$)	5 (N_A)	5 (N_B)
Género	Masculino	Feminino
Média de idades (anos)	82,8	69,4
Local da prestação de cuidados de ER	Domicílio	Pavilhão municipal

No que concerne à escala **MMSE**, que serviu como critério de inclusão, todos os participantes se encontraram dentro do ponto de corte para a literacia apresentada (3 a 6 anos). No grupo 1 obteve-se uma média de 27,4 pontos e no Grupo 2 de 29,4 (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados da variável cognição (MMSE)

Grupo 1		Grupo 2	
A1	30	B1	29
A2	30	B2	30
A3	24	B3	30
A4	29	B4	29
A5	24	B5	29
Média	27,4	Média	29,4

Todos os instrumentos de colheita de dados foram aplicados em dois momentos distintos, com exceção do MMSE. Os restantes foram aplicados num primeiro momento denominado avaliação inicial e um segundo, após 4 semanas de intervenções de enfermagem de reabilitação, designado reavaliação ou avaliação final.

No foco **mobilidade** foram avaliadas as variáveis: **força muscular** e **tónus muscular**.

- **Mobilidade: Força muscular**

Para avaliar a força muscular utilizou-se a escala de *Lower*. Esta escala permite avaliar a força muscular, recorrendo a contrações isotónicas. Apresenta seis graus, de 0 a 5.

Os resultados serão apresentados sob a forma de tabela para o grupo 1 e grupo 2, correspondendo à tabela 2 e 3, respetivamente.

Em cada coluna está representado um membro (superior: direito e esquerdo e inferior: direito e esquerdo), e o momento correspondente inicial (I) e final (F).

Tabela 2 – Avaliação da variável força muscular - escala de Lower (Grupo 1)

	MSD		MSE		MID		MIE	
	I	F	I	F	I	F	I	F
A1	3	4	3	4	3	3	3	4
A2	3	3	3	3	3	3	3	3
A3	4	5	4	4	3	3	3	3
A4	4	4	2	3	4	4	2	3
A5	3	4	3	4	3	4	3	4

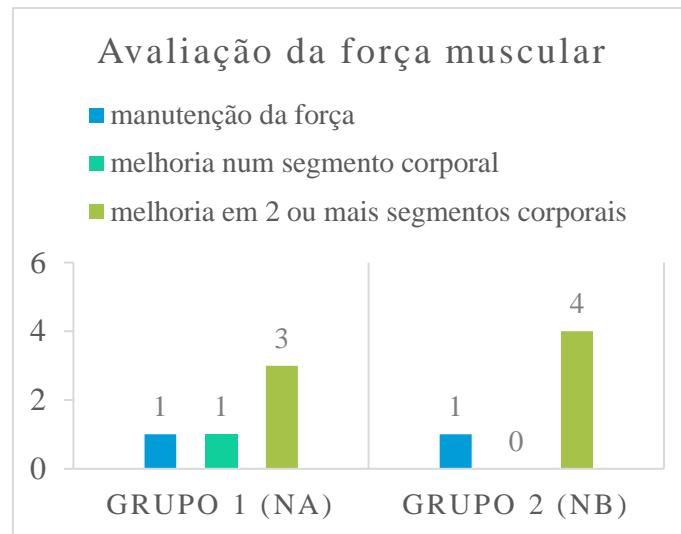
Tabela 3 - Avaliação da variável força muscular - escala de Lower (Grupo 2)

	MSD		MSE		MID		MIE	
	I	F	I	F	I	F	I	F
B1	3	4	3	4	4	4	4	4
B2	4	4	4	4	4	4	4	4
B3	4	5	4	5	4	4	4	4
B4	3	4	3	4	3	4	3	4
B5	3	4	3	4	3	4	3	4

Após a interpretação das tabelas 2 e 3, pode-se constatar que algumas células se encontram pintadas de amarelo e outras de verde. Quer isto dizer que o grau de força se manteve (amarelo), ou aumentou (verde).

Pode-se concluir que, em ambos os grupos (1 e 2), 20% da amostra manteve o grau de força ($N_A=1$ e $N_B=1$). No grupo 1, 20% da amostra melhorou a força num segmento corporal ($N_A=1$) e 60% da amostra melhorou a força muscular em dois ou mais segmentos ($N_A=3$). No grupo 2, 80% da amostra melhorou a força em dois ou mais segmentos corporais ($N_B=4$) (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Interpretação da variável força muscular - escala de Lower



- **Mobilidade: Tónus muscular**

Para a avaliação do tónus muscular utilizou-se a escala de *Ashworth*. Contudo, o tónus muscular não apresentou alterações (Ashworth 0 em N_A e N_B) em nenhuma das amostras, não tendo sido considerado.

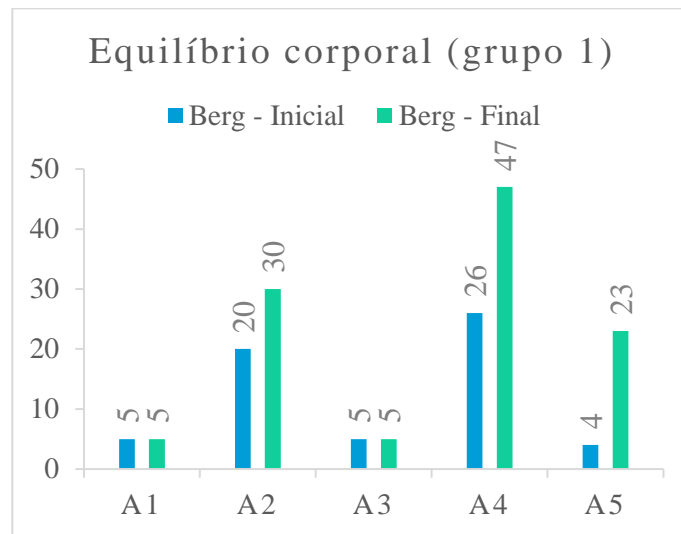
No foco **equilíbrio corporal** avaliou-se o equilíbrio/pôr-se de pé, a marcha e as transferências.

- **Equilíbrio corporal: Equilíbrio/pôr-se de pé**

A escala de equilíbrio de *Berg* tem como objetivo avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico. As pontuações finais, que variam entre 0 e 20, representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 e 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 e 56 representam um bom equilíbrio (Blum&Komer - Bitensky, 2008).

Os resultados foram apresentados sob a forma de gráficos de barras de modo a permitir uma visualização mais fácil dos dados. Correspondendo a barra azul ao momento de avaliação inicial (isto é, antes de qualquer intervenção por parte da enfermagem de reabilitação) e a barra verde correspondente ao momento de avaliação final (isto é, após 4 semanas de intervenção por parte da enfermagem de reabilitação). Correspondendo ao Grupo 1 e ao Grupo 2, os gráficos 9 e 10, respetivamente.

Gráfico 9 – Avaliação do equilíbrio corporal – escala de Berg (Grupo 1)

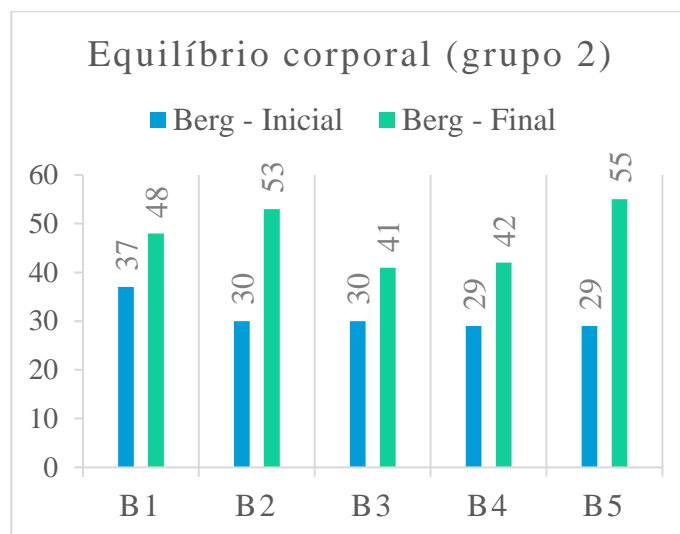


Após a interpretação do gráfico 9, referente ao grupo 1, onde os cuidados foram prestados em contexto domiciliário, pode-se concluir que houve melhoria do equilíbrio em 60% da amostra, tendo sido alcançada uma melhoria no utente A2 de 17,9%; A4 de 37,5% e A5 de 34%, dando uma média, no total da amostra (N_A), de 17,9%.

No que diz respeito aos utentes A1 e A3 outras condicionantes não lhes permitiram progredir neste aspeto [amputação do membro inferior (A1) e estar acamado há muito tempo (A2)]. Contudo, apesar de não ser mensurável uma melhoria através da Escala de Equilíbrio de Berg, recorrendo à observação direta e participativa foi notório um ligeiro aperfeiçoamento no que diz respeito ao equilíbrio sentado, tanto estático como dinâmico. Permitindo à pessoa obter ganhos em termos funcionais, nomeadamente, ser capaz de se alimentar na posição de sentado, ao invés de deitado.

Salienta-se uma vez mais a importância da observação direta do investigador, que nesta situação em particular, permite registar melhorias tendo em conta a sua análise, que, de outra forma seria admitida como manutenção do estado dos utentes.

Gráfico 10 - Avaliação do equilíbrio corporal – escala de Berg (Grupo 2)



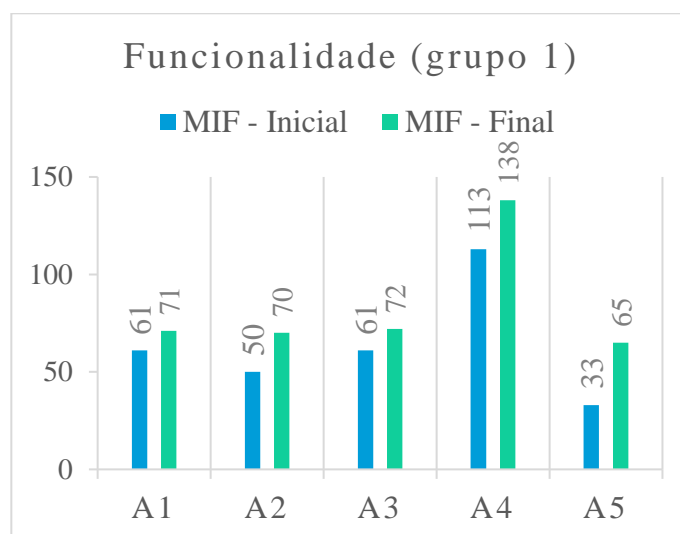
Com a interpretação do gráfico 10, referente ao grupo 2, onde os cuidados foram prestados em contexto comunitário, num projeto de envelhecimento ativo, pode-se afirmar que 100% da amostra obteve ganhos com o programa de reabilitação. As melhorias alcançadas por cada utente representam: B1 – 19,6%; B2 – 41%; B3 – 19,6%; B4 – 23,2% e B5 – 46,4%. Correspondendo a uma média de melhoria de 30% no total da amostra (N_B).

- **Equilíbrio corporal: Marcha e Transferências - Medida de Independência Funcional**

A MIF trata-se de um instrumento de avaliação constituído por 18 itens. A pontuação é efetuada atribuindo pontos de acordo com o grau de dependência: 7 corresponde a independência completa e 1 a ajuda total, ou seja, o doente tem que ser substituído em todas as tarefas. O total máximo é de 126 pontos e indica independência total e o mínimo é de 18 pontos e designa dependência total.

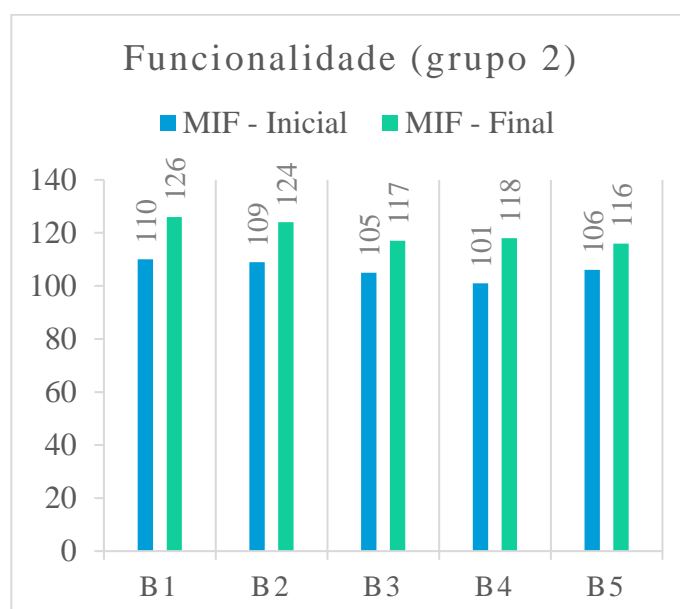
Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos de barras, correspondendo a barra azul ao momento de avaliação inicial e a barra verde correspondente ao momento de avaliação. Correspondendo ao Grupo 1 e ao Grupo 2, os gráficos 11 e 12 respetivamente.

Gráfico 11- Avaliação da funcionalidade – MIF (Grupo 1)



Após a análise do gráfico 11 pode-se confirmar que houve aumento do *score* em todos os utentes, o que significa que houve melhoria na sua independência funcional. Em termos práticos obteve-se uma melhoria de 8% no utente A1; 15,9% no utente A2; 8,7% no utente A3; 19,8% no utente A4 e 25,4% no utente A5. Em média alcançou-se um aumento e, conseqüente melhoria da funcionalidade em 15,6%.

Gráfico 12 - Avaliação da funcionalidade – MIF (Grupo 2)



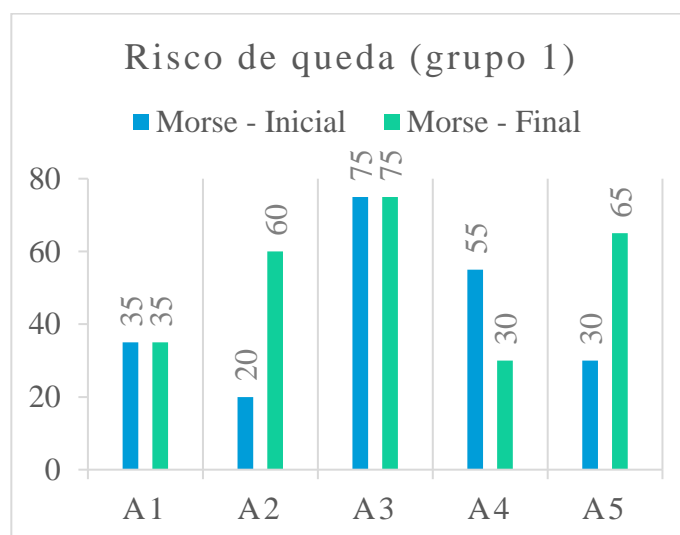
Com a interpretação do gráfico 12 a tendência repete-se, tendo também havido aumento do *score* em todos os utentes, o que significa que houve melhoria na independência funcional. Em termos práticos obteve-se uma melhoria de 12,7% no utente B1; 11,9% no utente B2; 9,5% no utente A3; 13,5% no utente A4 e 7,9% no utente A5. Em média alcançou-se um aumento e, consequente melhoria da funcionalidade em 11,1%.

- **Risco de Queda: Escala de Quedas de Morse**

A Escala de Quedas de Morse é constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num *score* que indica o risco de queda. Essa pontuação varia entre 0 e 125 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior é o risco de queda.

Os resultados são apresentados sob a forma de gráficos de barras, correspondendo a barra azul ao momento de avaliação inicial e a barra verde correspondente ao momento de avaliação final. Correspondendo ao Grupo 1 e ao Grupo 2, os gráficos 13 e 14 respetivamente.

Gráfico 13 – Avaliação do risco de queda - escala de Quedas de Morse (Grupo 1)



Após a interpretação dos dados do gráfico 13, pode-se concluir que no Grupo 1 existiram:

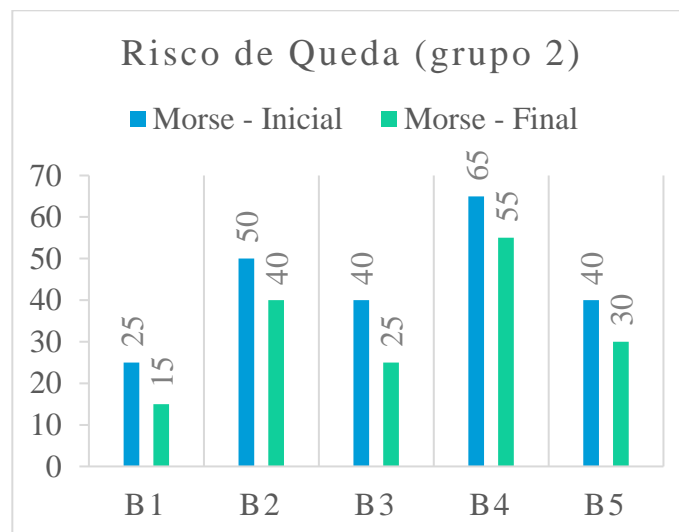
- a) Duas situações em que o risco de queda se manteve igual (A1 e A3);
- b) Duas situações em que o risco de queda aumentou (A2 e A5);
- c) Uma situação em que o risco de queda diminuiu (A4).

Recorrendo uma vez mais ao instrumento transversal a todo o programa, a observação direta, pode-se afirmar que na situação a) o risco de queda manteve-se uma vez que os utentes mantiveram o estado em relação aos fatores avaliados, devido à sua condição clínica.

Na situação b) houve aumento do risco de queda uma vez que os utentes deixaram de estar acamados após a intervenção de enfermagem de reabilitação e passaram a estar mais vulneráveis à queda pelo facto de adotarem a posição ortostática, mas com uma grande melhoria em termos funcionais.

Na situação c) houve diminuição do risco de queda, uma vez que, com a capacitação da pessoa, esta deixou de ter uma marcha debilitada e passou a ter uma marcha normal.

Gráfico 14 - Avaliação do risco de queda - escala de Quedas de Morse (Grupo 2)



No grupo 2 (Gráfico 14), todos os utentes reduziram o seu risco de queda, uma vez que já eram autónomos na marcha, e, muitos deixaram os meios auxiliares e passaram a andar de forma autónoma, com uma marcha segura.

Quer isto dizer que, aumentar o risco de queda numa população não quer dizer obrigatoriamente que seja um fator desfavorável. Ou seja, pode-se aumentar o risco de

queda de uma pessoa a partir do momento em que esta deixa de estar acamada (0 pontos) e passa a garantir uma marcha com um meio auxiliar (15 pontos) e em termos funcionais garante uma maior independência.

5.4. Discussão Dos Resultados Do Plano De Intervenção

No que toca à classificação da amostra, pode-se afirmar que esta é homogénea no que diz respeito ao género, sendo que 50% da amostra é do sexo masculino e a outra metade do sexo feminino. Contudo, em contexto domiciliário (grupo 1) apenas foram considerados no estudo doentes do sexo masculino e em contexto comunitário (grupo 2) (projeto na área do envelhecimento ativo) apenas utentes do sexo feminino. Não quer isto dizer que os utentes do sexo masculino tenham mais propensão para a dependência, não tendo esta variável sido considerada no estudo.

Em relação ao primeiro objetivo específico delineado para o programa “**avaliar a funcionalidade da pessoa**”, tendo em conta a análise do grupo 1 verificou-se que o *score* obtido na avaliação inicial da MIF foi de 63,6 pontos, o que significa que os utentes apresentavam uma dependência modificada, necessitando de assistência de até 25% nas AVD's. No grupo 2 a pontuação inicial foi de 106,2 pontos, correspondendo também a uma dependência modificada, necessitando de ajudas técnicas. Fazendo uma breve análise destes valores apreende-se que a população do Grupo 1 (N_A) apresentava maiores limitações na execução das AVD's do que a população do grupo (N_B) (Tabela 4).

Tabela 4 - Média obtida nos Grupos 1 e 2 – Avaliação da Funcionalidade (MIF)

Média MIF	Avaliação Inicial	Avaliação Final
<i>Grupo 1 (N_A)</i>	63,6 pontos (ajuda modificada – até 25%)	82,8 pontos (ajuda modificada – com supervisão)
<i>Grupo 2 (N_B)</i>	106,2 pontos (dependência modificada – ajudas técnicas)	120 pontos (independência completa)

Na avaliação final da MIF, o grupo 1 obteve um score de 82,8 pontos, correspondendo ainda a uma dependência modificada, mas necessitando de supervisão. No grupo 2, o

score final foi de 120 pontos, correspondendo a independência completa, com segurança e tempo normal.

Tendo em conta os dados obtidos, pode-se afirmar que a totalidade da amostra (N_A+N_B) melhorou no *score* da MIF desde a avaliação inicial até à avaliação final, o que permite ainda afirmar que houve ganhos em termos de funcionalidade e autonomia.

Ricci, Lemos, Orrico e Gazzola (2006) realizaram um estudo em que, ao longo de um ano, um grupo de idosos esteve inserido num programa de assistência domiciliária, em que foi avaliada a evolução da independência funcional através da MIF, sob a ótica do cuidador, num momento inicial e num momento final. Ao longo de um ano de evolução da capacidade funcional, não foi encontrada diferença significativa entre as avaliações da MIF, pela ótica do cuidador, mostrando uma manutenção do quadro funcional destes pacientes no período estudado. Os resultados sugerem que os idosos cuidados no domicílio são capazes de manter durante o período de um ano o nível funcional ou mesmo retardar seu declínio. Pelos fatos descritos, mesmo que não haja uma melhoria substancial, a possibilidade de manter esses idosos no seu ambiente domiciliar e familiar, mesmo com incapacidades, demonstra que a modalidade de assistência domiciliária deve ser considerada, pois possibilita ao idoso o convívio familiar e evita o isolamento, a inatividade física e mental, tendo, dessa forma, consequências positivas na sua qualidade de vida (Davim, Torres, Dantas e Lima, 2004).

Contudo, o estudo não pode ser diretamente comparado ao plano de intervenção estabelecido uma vez que as condicionantes de ambas as situações são bastante distintas.

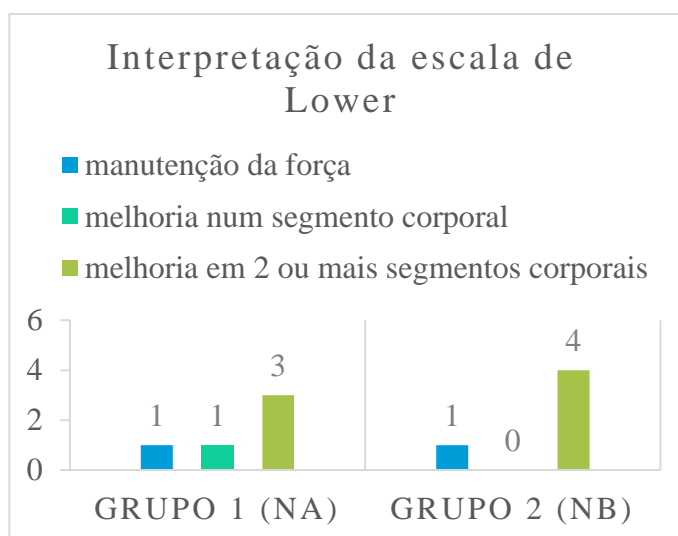
Podemos então aceitar que as pessoas idosas, com vontade de se envolverem, podem ter resultados positivos na sua performance mas se se estabelecer um plano específico, acompanhado pelos profissionais, concretamente pelos enfermeiros de reabilitação, temos melhores resultados.

Já Kawasaki e Diogo (2005) estudaram o impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico e observaram que todos os idosos avaliados no domicílio apresentaram maiores valores na MIF quando comparados com o momento de alta hospitalar. Isto demonstra que o ambiente domiciliário é favorável à melhoria da funcionalidade.

Como resposta ao segundo e terceiro objetivos específicos do programa “**avaliar o equilíbrio corporal e identificar as variáveis que o condicione**” e “**implementar um plano de enfermagem de reabilitação para a pessoa com equilíbrio corporal comprometido**”, obtiveram-se os seguintes resultados:

Na variável força muscular apenas dois utentes não aumentaram a força em nenhum segmento corporal. Querendo isto dizer que 80% da amostra (N_A+N_B) melhorou o seu grau de força pelo menos num segmento corporal. Segundo a análise dos dados do gráfico 15, no grupo 1, 20% da amostra melhorou a força num segmento corporal ($N_A=1$) e 60% da amostra melhorou a força muscular em dois ou mais segmentos ($N_A=3$). No grupo 2, 80% da amostra melhorou a força em dois ou mais segmentos corporais ($N_B=4$) (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Interpretação da força muscular



Estes dados são confirmados por um estudo realizado por Carvalho et. al. (2004) que teve o objetivo de determinar o efeito da atividade física na força máxima isocinética em idosos. Participaram 19 utentes durante 6 meses num programa combinado de atividade física consistindo em 4 sessões semanais (2 vezes ginástica de manutenção e 2 vezes treino de força). Os resultados deste estudo mostram que 6 meses de treino de força combinado com ginástica de manutenção é exequível e está associado a um aumento significativo da força muscular em idosos, particularmente no membro não-dominante.

Assim, de uma forma geral, este estudo mostra que o treino progressivo de força, com intensidade moderada, pode ser efetuado com elevada tolerância por idosos saudáveis, desempenhando um papel importante enquanto estratégia para a manutenção e/ou aumento da sua força dos músculos.

Também Mariano et. al. (2013) confirmaram, o descrito anteriormente com um estudo efetuado. O estudo em causa teve o intuito de verificar o efeito do treino físico sobre os níveis de força e a qualidade de vida, considerando capacidade funcional, limitações físicas, dor, estado geral de saúde, vitalidade e variáveis de relação social em idosas institucionalizadas. Participaram 36 idosos, constituindo dois grupos, um sedentário (16 idosos) e o segundo, submetido a treino (20 idosos). Os treinos ocorreram em sessões de 60 minutos, duas vezes por semana, durante 12 semanas. O grupo sedentário não alcançou valores significativos nas variáveis estudadas; o grupo de treino atingiu *scores* significativos de ganho de força, promovendo o aumento significativo na qualidade de vida nos domínios da capacidade funcional, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental. Estes dados corroboram os dados alcançados no plano de intervenção descrito no presente trabalho.

No foco equilíbrio corporal, avaliado através da escala de *Berg*, pode-se afirmar que no Grupo 1, a avaliação inicial, foi bastante mais baixa do que a mesma avaliação no grupo 2, média de 12 pontos e 31 pontos, respetivamente. Tendo em conta estes dados, torna-se manifesta a necessidade de, em contexto comunitário, os utentes tenham um *score* de equilíbrio mais alto. Para deste modo permitir atividades de grupo, ao invés de atividades individualizadas.

Na avaliação final do grupo 1 constatou-se que dois utentes mantiveram o mesmo *score*, justificável pelo seu quadro clínico. Contudo, apesar de não ser mensurável uma melhoria através da Escala de Equilíbrio de *Berg*, recorrendo à observação direta e participativa foi evidente um ligeiro aperfeiçoamento no que diz respeito ao equilíbrio sentado, tanto estático como dinâmico. Permitindo à pessoa obter ganhos em termos funcionais, nomeadamente, ser capaz de se alimentar na posição de sentado, ao invés de deitado.

Salienta-se uma vez mais a importância da observação direta do investigador, que nesta situação em particular, permite registar melhorias tendo em conta a sua análise, que, de outra forma seria admitida como manutenção do estado dos utentes.

Em relação ao grupo 2 pode-se afirmar que 100% da amostra obteve ganhos no equilíbrio com o programa de reabilitação. As melhorias alcançadas por cada utente representam: B1 – 19,6%; B2 – 41%; B3 – 19,6%; B4 – 23,2% e B5 – 46,4%. Correspondendo a uma média de melhoria de 30% no total da amostra (N_B).

Com estes resultados em termos de equilíbrio corporal, melhora-se também a capacidade de se colocar de pé, transferir-se e conseqüente uma marcha mais segura.

Um estudo realizado por Sousa et. al. (2011), identificou a correlação entre o equilíbrio corporal e capacidade funcional de 50 idosos com alterações crónicas do equilíbrio (vestibulopatias). Verificou-se que há relação entre as duas variáveis, concluindo assim que a independência para marcha e equilíbrio são fatores inerentes de uma boa capacidade funcional.

A variável transferir-se e marcha foram avaliadas tendo em conta os dados obtidos na MIF e por observação direta, podendo assim afirmar-se que em 80% da população foram evidentes ganhos nas duas variáveis em estudo. Os utentes apresentaram transferências mais seguras, uma vez que a força muscular e o equilíbrio corporal também aumentaram.

A confirmar o que foi dito em termos de ganhos, temos a Escala de Quedas de Morse que também merece a nossa atenção.

No Grupo 1 existiram:

- a) Duas situações em que o risco de queda se manteve igual (A1 e A3);
- b) Duas situações em que o risco de queda aumentou (A2 e A5);
- c) Uma situação em que o risco de queda diminuiu (A4).

Recorrendo uma vez mais ao instrumento transversal a todo o programa, a observação direta, pode-se afirmar que na situação a) o risco de queda manteve-se uma vez que os utentes mantiveram o estado em relação aos fatores avaliados, devido à sua condição clínica.

Na situação b) houve aumento do risco de queda uma vez que os utentes deixaram de estar acamados após a intervenção de enfermagem de reabilitação e passaram a estar mais vulneráveis à queda pelo facto de adotarem a posição ortostática, mas com uma grande melhoria em termos funcionais.

Na situação c) houve diminuição do risco de queda, uma vez que, com a capacitação da pessoa, esta deixou de ter uma marcha debilitada e passou a ter uma marcha normal.

No grupo 2, todos os utentes reduziram o seu risco de queda, uma vez que já eram autónomos na marcha, e, muitos deixaram os meios auxiliares e passaram a andar de forma autónoma, com uma marcha segura.

Quer isto dizer que, aumentar o risco de queda numa população não quer dizer obrigatoriamente que seja um fator desfavorável. Ou seja, pode-se aumentar o risco de queda de uma pessoa a partir do momento em que esta deixa de estar acamada (0 pontos) e passa a garantir uma marcha com um meio auxiliar (15 pontos) e em termos funcionais garante uma maior independência.

Fhon (2012) efetuou um estudo em contexto domiciliário com idosos brasileiros e estimou a prevalência de quedas e sua relação com a capacidade funcional em 240 idosos. Os resultados revelaram que existe correlação entre idade e MIF no grupo de idosos que sofreram quedas, indicando que o aumento da idade está correlacionado à diminuição da MIF. Os autores afirmam que a queda causa diminuição da capacidade funcional dos idosos tornando-os mais dependentes para o desempenho das atividades.

No estudo referido anteriormente, Sousa et. al (2011) compararam o risco de queda/ocorrência de queda com a capacidade funcional de 50 idosos. Tendo-se findado que existe uma relação estabelecida entre o risco de queda e a MIF, ou seja, os idosos com maior risco de queda são também os que têm uma menor pontuação na MIF. Os autores concluíram que, quanto melhor é o equilíbrio corporal, melhor é a capacidade funcional dos idosos com disfunções vestibulares e, ainda, quanto menor é o *score* na avaliação da capacidade funcional, maior é o risco sofrer quedas destes indivíduos.

Após toda a análise descrita anteriormente, pode-se assegurar que o objetivo geral delineado para o programa de intervenção **“capacitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido para a maximização da funcionalidade”** foi atingido, reforçando uma vez mais o contributo do EEER no processo do cuidar o utente tendo em vista a maximização da sua funcionalidade em todos os contextos da prática.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo surge para permitir realizar uma análise e uma abordagem reflexiva dos objetivos de estágio e das competências adquiridas e desenvolvidas em função das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e das competências de Mestre, salientando a sua importância e adequação.

Desta forma, surgem nos quadros nº 5 a 11, as competências relacionadas com os objetivos delineados para o estágio final.

Quadro 5 - Objetivo 1

Objetivo	Avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem limitações nas AVD's
Competências	EE: A1; B3; C1; D2 EEER: 1, 2 Mestre: a); b); c); e).

A disciplina de Enfermagem baseia a sua *praxis* num conjunto de momentos a que se dá o nome de processo de enfermagem. É intrínseco a esse processo uma avaliação inicial para identificação de problemas e/ou problemas potenciais; delinear um plano de intervenção com vista a obter ganhos para o utente e, por fim, uma reavaliação para que as intervenções sejam ajustadas aos resultados que se desejam alcançar. Assim sendo, utilizou-se o modelo de Enfermagem de Nancy Roper, que coloca em prática o processo de enfermagem enquanto processo dinâmico e contínuo e foram utilizadas escalas de avaliação que permitiram quantificar os dados e produzir resultados, nomeadamente a MIF. Esta escala foi utilizada para avaliar a capacidade funcional do utente, bem como a necessidade de instituir medidas preventivas e de intervenção terapêutica, de forma a maximizar a funcionalidade da pessoa. Tavares & Dias (2012) realizaram uma pesquisa em que se verificou que a incapacidade funcional relacionada ao autocuidado e à mobilidade sugerem que sejam desenvolvidas ações de estímulo à funcionalidade visando contribuir para maior independência do idoso. Assim perante a avaliação inicial da MIF, foram elaborados planos de cuidados, tendo por base a incapacidade funcional de cada doente para as AVD's. Com este percurso foi notório um amadurecimento profissional

no que concerne à avaliação inicial, existindo a partir deste momento uma preocupação com o nível funcional de cada pessoa perante o seu autocuidado.

Quadro 6 - Objetivo 2

Objetivo	Conceber planos de intervenção com vista a promover capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade
Competências	EE: A1; A2; B3; C2 EEER: 1 Mestre: b); c); d).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER “o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (p.1). O desenvolvimento deste processo pretendeu aprofundar e melhorar os conhecimentos e as competências na área dos cuidados de enfermagem de reabilitação relativamente à pessoa com alterações do equilíbrio corporal.

Segundo Meleis (2010) a Teoria das Transições é transversal a qualquer situação de mudança de um estado para outro, e desta forma, sustenta as intervenções da prática da Enfermagem de Reabilitação, na medida em que o EEER, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação (p.4): “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício”. Ou seja, o EEER atua como agente facilitador numa transição de um estado de saúde para outro, em todas as circunstâncias da prática de cuidados.

Quadro 7 - Objetivo 3

Objetivo	Cuidar de pessoas em todas as práticas de cuidados
Competências	EE: B3; D2 EEER: 1 Mestre: a) i); b); c).

Tendo em conta que o enfermeiro de cuidados gerais acompanha a pessoa em todas as fases do ciclo vital, é empírico que o EEER tenha também essa missão, tendo acrescidas as suas competências especializadas. Tendo em conta os locais de estágio

escolhidos para a elaboração do Estágio Final (UCC e Serviço de Internamento de Ortopedia), pode-se afirmar que foram aplicados os conhecimentos específicos em contextos bastante distintos, permitindo ao EEER a avaliação e adequação de planos de intervenção num contexto mais agudizado (no serviço de Internamento de Ortopedia) e num contexto de cuidados domiciliários e comunitários.

Quadro 8 - Objetivo 4

Objetivo	Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa
Competências	EE: B3; D2 EEER: 3 Mestre: b); c)

Tendo em conta o plano de intervenção implementado durante o estágio, o objetivo major, era, sem dúvida, que com as intervenções de ER, se potenciasssem as capacidades de cada um, tendo em vista a sua maior funcionalidade.

Para tal, cada intervenção de ER tinha a duração média de uma hora, de modo a que houve tempo para que os cuidados pudessem ser realizados “com” e não “pela” pessoa, aumentando a sua motivação na participação das atividades e estimulando a capacitação.

O papel formativo do enfermeiro foi assim integrado nos cuidados, uma vez que o sistema de apoio/educação é considerado fundamental. Estando a pessoa em contexto domiciliário, deve-se fornecer à pessoa/família um conjunto de conhecimentos com vista à melhoria/manutenção dos resultados obtidos pela intervenção do EEER.

Quadro 9 - Objetivo 5

Objetivo	Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre as práticas
Competências	EE: B2; B3; D2 EEER: 1, 2, 3 Mestre: b); c); e).

É importante que, durante todo o tempo em que dura o processo de enfermagem, o enfermeiro tenha um olhar atento e treinado, de modo a intervir da maneira mais adequada a cada situação. A capacidade de refletir sobre as práticas é um dos principais aspetos para que haja crescimento profissional e aprendizagens constantes.

Quadro 10 - Objetivo 6

Objetivo	Gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta na equipa multidisciplinar
Competências	EE: B1-3; C1-2 EEER: 3 Mestre: b); c); d).

O trabalho de enfermagem é conhecido como sendo um trabalho em equipa, na enfermagem de reabilitação a premissa mantém-se. Contudo, em contexto domiciliário/comunitário, o EEER intervém autonomamente nos seus utentes, tendo em conta a sua avaliação. Apesar disto, na UCC em estudo, é de louvar que, apesar das práticas serem muito independentes, os colegas fazem questão de partilhar informações, tirar dúvidas e expor os casos de modo a obterem a opinião clínica dos colegas. Pode-se afirmar que todos os profissionais de saúde trabalham para o mesmo fim, e apenas se houver cooperação entre as partes é que o todo fará sentido. Quero com isto dizer que, não adianta cada um preocupar-se (apenas) com a sua área de intervenção, uma vez que o bem-estar do utente é holístico. Assim sendo, a articulação entre a equipa multidisciplinar apesar de algumas vezes ser difícil, é imprescindível.

A UCC em questão realiza anualmente um encontro entre profissionais de modo a que as partilhas de experiências e vivências sejam do conhecimento geral, no ano de 2018 tive a oportunidade de estar presente no encontro, que considere mais um momento de aprendizagem (Anexo 10.3).

Outra questão que foi pensada prende-se na importância dos SAD. Estes têm um papel extraordinário na qualidade de vida dos utentes e nem sempre a articulação de informação entre as equipas é feita de forma coesa. Desta observação surgiu a ideia de que, futuramente, se criasse um projeto de articulação entre os SAD e os CSP.

Quadro 11 - Objetivo 7

Objetivo	Produzir dados que demonstrem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação
Competências	EE: B3; D2 EEER: 1, 2, 3 Mestre: b); c); d); e).

A investigação em enfermagem tem cada vez mais sido alvo de crescimento, permitindo assim, construir conhecimentos baseados na prática, com vista à melhoria dos cuidados.

Assumindo o anteriormente afirmado, a realização do plano de intervenção permitiu contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCC onde foi implementado o plano de intervenção. Esta ideia vai ao encontro aos padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação (2015), que referem que a análise dos resultados permite melhorar e influenciar a introdução de mudanças nas estratégias em saúde. As escolhas metodológicas, simultaneamente com as intervenções baseadas na evidência, permitiram a elaboração de um plano de intervenção atual e adequado à situação clínica de cada utente, com um claro contributo para a prática de enfermagem em contexto domiciliário/comunitário.

Como estratégias de divulgação do trabalho descrito, será apresentado à Comissão de Ética da UCC em causa, ficando também disponível no repositório do Instituto Politécnico de Setúbal e demais instituições em parceria.

Foi ainda elaborado um artigo científico sobre o plano implementado que poderá eventualmente ser proposto a publicação (Apêndice 9.8).

Com a elaboração do relatório foi permitida a atualização do conhecimento que vem sido produzido no campo da reabilitação e constatar a necessidade de mais e melhor pesquisa na área, para que com isso se consigam cuidados de qualidade.

7. CONCLUSÃO

Os custos dos internamentos hospitalares são três vezes superiores a internamentos domiciliários e trazem consigo outras questões que podem ser considerados fatores pouco favoráveis para quem se encontra suscetível e vulnerável, como é o caso dos idosos, nomeadamente o risco de infeções e promoção de quadros confusionais.

As alterações decorrentes do processo natural de envelhecimento não são algo passível de ser alterado, assim sendo, faz parte do papel do EEER educar para a saúde e instruir as pessoas a viver com as limitações que vão surgindo, favorecendo as transições inerentes ao processo saúde/doença.

Se for possível manter e aumentar o número de EEER em contexto domiciliário, temos uma simbiose perfeita. As pessoas recuperam as suas capacidades naquele que é o seu real contexto, considerando-se esta, uma grande mais-valia.

As alterações de equilíbrio são fatores limitadores no desempenho de AVD's. Assim, um plano de intervenção adequado a cada utente inserido no seu contexto diário é um fator de sucesso em termos funcionais.

A eficácia do programa implementado contactou-se através da diferença obtida entre os *scores* obtidos no momento de avaliação inicial e o final, nomeadamente da MIF, verificando-se uma melhoria de 15,6% no grupo 1 e de 11,1% no Grupo 2. Estes dados indicam que a funcionalidade melhorou, diminuindo o nível de dependência.

Percebeu-se que melhorar o equilíbrio corporal, melhora indiretamente outras variáveis, nomeadamente as transferências, a força muscular e o risco de queda. Tendo em conta os resultados obtidos, não se pode subestimar que pequenas evoluções poderão ser responsáveis por grandes ganhos. O EEER deve garantir que a transição de uma situação de inadaptação para uma de convivência com a limitação se dá de forma favorável.

É importante salientar que um dos aspetos necessários para os utentes serem internados em UCC consiste em ter cuidador informal. Na realidade, a maior parte dos utentes do grupo 1, pelo seu maior grau de incapacidade e dependência (comprovado pelos valores obtidos na primeira avaliação da MIF), tinham a presença de cuidador informal (quase) sempre. Ainda assim, uma das situações constatadas prende-se ao facto de os cuidadores, muitas vezes, aproveitarem a presença do EEER, para terem um tempo

“livre” para poderem tratar de assuntos que de outra forma não seria exequível, pela impossibilidade de deixar o utente sozinho em casa. Quer isto dizer que, um dos papéis do EEER, para além da maximização da funcionalidade da pessoa a necessitar de cuidados, que é capacitar os familiares/cuidadores para o autocuidado, via-se algumas vezes limitado. Não obstante, foram algumas as situações em que se possibilitou o ensino e treino tanto do utente como do seu cuidador.

Esta situação poderia ser melhorada se a articulação entres os prestadores de cuidados se fizesse de forma mais eficaz. Surgiu-me a ideia de que pudesse ser criada uma forma de comunicação entre os SAD e os CSP e vice-versa, de modo a facilitar a articulação entre ambas as partes, visto que são duas entidades que prestam cuidados à mesma população. Poderá ser uma ideia para um projeto futuro.

As limitações do presente estudo são a amostra reduzida, o tempo reduzido de permanência no campo de estágio e pelo número reduzido de visitas domiciliárias. Considera-se também uma limitação a escassez de literatura sobre a atuação do EEER em contexto domiciliário. Sendo, portanto, importante investir em estudos futuros neste âmbito esclarecendo o contributo dos EEER nas equipas e na comunidade. Sugere-se assim a continuidade da investigação acerca desta temática.

Após a discussão do presente trabalho, este será divulgado na instituição que lhe deu origem e noutros locais de interesse de modo a dar visibilidade ao trabalho realizado pelos EEER na comunidade. Pretende-se envolver os estudantes de ER e os enfermeiros em geral para a importância dos projetos para a independência dos cidadãos.

Gandhi afirmou “você nunca sabe que resultados virão da sua ação, mas se você não fizer nada, não existirão resultados”, posto isto, é fundamental continuar a investir na investigação de enfermagem, nomeadamente na enfermagem de reabilitação, enfatizando a importância de reabilitar em contexto domiciliário.

Com o presente trabalho se consolidam as competências do grau de mestre e de EEER.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, S. S. E., & Caldas, C. P. (2008). **Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos.** Revista Brasileira de Fisioterapia, 12 (4), 324-330. Acedido em 10/03/2019: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>.
- ACSS (s.d.). RNCCI. Acedido em 02/04/2019: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7oRecursosSa%C3%BAdede/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>
- Ander-Egg, E. (1976) - **Introducción a las técnicas de investigación social.** 5.^a Edição, Buenos Aires, Editorial Humanitas
- Antunes, J., Justo, F., Justo, A., Ras, G., & Prudente, C. (2016). **Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral.** Rev Fisioter S Fun. Fortaleza. 5(1), 30-41
- Barbosa, P; Carvalho, L e Cruz, S (2015). **Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização.** Trabalho realizado no âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem. Integrado no projeto de investigação: "Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados (C-S2AFECARE-Q)". ESEP ISBN: 978-989-98443-8-4. Acedido em 09/05/2019: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-8-4.pdf
- Beh Hui, P. (2012). **Application of Roper, Logan and Tierney model on the management of iron deficiency anaemia for an elderly patient.** Singapore Nursing Journal, 39(2), 25-30.
- Bhimani, R. H., McAlpine, C. P., & Henly, S. J. (2012). **Understanding spasticity from patients' perspectives over time.** Journal of Advanced Nursing, 68(11), 2504-2514.
- Blum L & Korner-Bitensky N. (2008). **Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review.** Phys Ther. 88(5):559-66. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/88/5/559.long>
- Büyükcavcı, R., Şahin, F., Sağ, S., Doğu, B., & Kuran, B. (2016). **The impact of additional trunk balance exercises on balance, functional condition and ambulation in early stroke patients: Randomized controlled trial.** Turkish Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation / Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Dergisi, 62(3), 248-256.
- Caldevilla, M.; Costa, M. (2009). **Quedas dos Idosos em Internamento Hospitalar: Que Passos Para a Enfermagem?** Revista investigação em enfermagem, 19, 25-28.
- Cardoso, R. & Eusébio, A. P. (2011). **Actividades de Vida Diária.** Re(habilitar)
- Carvalho, J.; Ribeiro, E.; Figueiredo, M. & Tyrrell, M. (2011). **Pesquisa-acção: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem.** Rev Bras Enferm, 64(3), 592-5. Acedido em 05/10/2018: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a26.pdf>
- Carvalho, J; Oliveira, J; Magalhães, J; Ascensão, A; Mota, J & Soares, J (2004). **Força muscular em idosos II — Efeito de um programa complementar de treino na força muscular de idosos de ambos os sexos.** Faculdade de Ciências de Desporto e de Educação Física Universidade do Porto, Portugal. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, 4(1):58–65
- Chaves, M. (2009). **Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental.** Acedido em 28/04/2019: http://cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf
- Correia, M. (2009) – A observação participante enquanto técnica de investigação. Pensar Enfermagem. Vol 13 nº2

- Costa-Dias, M.; Ferreira, P. e Oliveira, A (2014). **Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse**. Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 2 - mai./jun. 2014, 7-17 Acedido em: 09/05/2019: <http://dx.doi.org/10.12707/RJIII1382>
- D. & Dias, F. (2012). **Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos**. Texto & Contexto - Enfermagem, 21(1), 112-120.
- Davim R; Torres G; Dantas S & Lima V. (2004). **Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12(3):518-24.
- DGS (2004). **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Circular Normativa. Nº 13/DGCG. Acedido em 11/05/2019:
- DRE (2006). Decreto-Lei nº101/2006. **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**. Acesso em 02/04/2019: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>
- Elsherif, M., & Noble, H. (2011). **Management of COPD using the Roper- Logan-Tierney framework**. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 20(1), 29-33.
- Escarcel, B, Muller, M. & Rabuske, M (2010). **Análise do controlo postural de pacientes com AVC Isquémico próximo a alta hospitalar**. Rev Neurocienc. 18(4), 498-504.
- Escarcel, B, Muller, M. & Rabuske, M (2010). **Análise do controlo postural de pacientes com AVC Isquémico próximo a alta hospitalar**. Rev Neurocienc. 18(4), 498-504.
- Fang, C. (2015). **Applying the Roper, Logan and Tierney Model on the management of thalamic haemorrhage in the critical care setting: A case study**. Singapore Nursing Journal, 42(1), 22-28.
- Farias, N.; Buchalla, C. M. – **A Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Usos e perspetivas**. Revista brasileira de epidemiologia. Vol. 8, nº2 (2005), p.187-192. Acedido em: 09/05/2019: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>
- Fhon J; Wehbe S; Vendruscolo T; Stackfleth R; Marques S & Rodrigues R. (2012) **Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional**. Revista Latino-Americana Enfermagem, 20(5)
- Fiatarone, M. A., Marks, E. C., Ryan, N. D., Meredith, C. N., Lipsitz, L. A. & Evans, W. J. (1990). **High-intensity strength training in nonagenarians. Effects on skeletal muscle**. Jama, 263(22), 3029-3034.
- Folden, S. & Tappen, R. (2007). **Factors influencing function and recovery following hip repair surgery**. Orthopedic Nursing, 26(4), 234-241.
- Fonseca, C., Coroado, R., Pissarro, M., (2017) **A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso licenciatura em Enfermagem**. Journal of Aging & Innovation, 6 (3): 96 – 102. ISSN: 2182-6951. Acesso em 25/03/2019: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>
- Fortin, Marie-Fabienne. (2009). **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta.
- Fricke, J. (2010). **Activities of Daily Living**. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). Acedido em 20/03/2019: <http://cirrie.buffalo.edu>

Gasparotto, L.; Falsarella, G. & Coimbra, A. (2014). **As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia 17(1), 201-209.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A. (1994). **Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE)**. Revista Portuguesa de Neurologia, 1, 9-10.

Guimarães, M. & Silva, L. (2016). **Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem**. Rio de Janeiro. Brasil.

Hesbeen, W. (2003). **A Reabilitação: Criar Novos Caminhos**. Loures: Lusociência.

Hess, A., Wallacott, M. (2005). **Effect on high-intensity strength training on functional measures of balance ability in balance older adults**. Journal of manipulative and physical therapeutics, 28 (8), 582-588.

Hoeman, Shirley (2011). **Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados**. 4ª Ed. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-31-4

Kawasaki K & Diogo M (2005). **Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico**. Acta Fisiatr, 12(2):55-60.

Kisner, C. & Colby, L. (2007). **Therapeutic Exercise. Foundations and Techniques**. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.

Kneafsey, R. (2007). **A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence**. Journal clinical Nursing. 16: 325-340.

Koerich, M., Backes, D., Sousa, F., Erdmann, A. & Albuquerque, G. (2009). **Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 11(3): 717-723.

Krishnamoorthy, K., Varadharajulu, G. & Kanase, S. B. (2017). **Effect of Close Kinematic Chain Exercises on Upper Limb Spasticity in Hemiparetic Adult**. Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy, 11(2), 146-152.

Lee, I. & Park, S. (2013). **Balance improvement by strength training for the elderly**. Journal Of Physical Therapy Science, 25(12), 1591-1593.

Leite, N., Borba, A., Silva, MJ., Nascimento, N., Silva, N. & Conceição, E. (2009). **Uso da bola terapêutica no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com hemiparesia**. Fisioter. Mov. 22(1), 121-131.

Lobo, A. (2012). **Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural**. Revista de Enfermagem Referência, 7, 123-130.

Lopes, M.; Passerini, C. & Travençolo, C. (2010). **Eficácia de um protocolo fisioterapêutico para equilíbrio em idosos institucionalizados**. Ciências Biológicas e da Saúde, 31 (2), 143-152.

Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). **Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais**. Revista de Saúde Pública, 40 (4), 712-719.

Lundy-Ekman, L. (2000). **Neurociência. Fundamentos para a reabilitação**. Rio de Janeiro, RJ, Editora Guanabara Koogan S.A.

Mariano, E; Navarro, F; Sauaia, B; Junior, M & Marques, R (2013). **Força muscular e qualidade de vida em idosos**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 16(4):805-811

Marques-Vieira, Cristina; Sousa Luís (2016). **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao longo do ciclo de vida**. 1ª Ed. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-73-4

Martínez-Velilla, N., Cadore, E., Casas-Herrero, Á., Idoate-Saralegui, F. & Izquierdo, M. (2016). **Physical activity and early rehabilitation in hospitalized elderly**

medical patients: Systematic review of randomized clinical trials. Journal Of Nutrition, Health & Aging, 20(7), 738-751.

MCEER (2011). **Parecer sobre Actividades de Vida Diária.** Parecer nº 12/2011. Lisboa

Meleis, A. (2010). **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice.** Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

Meneses, S., Burke, T. & Marques, A. (2012). **Equilíbrio, controle postural e força muscular em idosas osteoporóticas com e sem quedas.** Fisioter Pesq. 19(1),26-31.

Menoita, Elsa (2012). **Reabilitar a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente.** Lisboa: Lusociência. ISBN:978-972-8930-78-3

Morais, F., & Conceição, V. (2009). **Avaliação da Pessoa com Alterações Músculo Esqueléticas.** Enfermagem em Ortopneumatologia. Coimbra: Formasau

Moreira, R., Araujo, T. & Pagliuca, L. M. (2013). **Physical mobility of stroke patients in the home: A proposed concept.** Revista Da Rede De Enfermagem Do Nordeste, 14(5), 920-928.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). **Novos valores normativos do mini-mental state examination.** Sinapse, 9(2), 10-16.

Morse, J. M. (2006). **The safety of safety research: The case of patient fall research.** Canadian Journal of Nursing Research, 38(2),74-88.

Morse, J. M. (2009). **Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program** (2nd ed.). New York, NY: Springer.

Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (1989). **Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient.** Canadian Journal on Aging, 8(4), 366-377.

Morse, J. M., Tylko, S. J., & Dixon, H. A. (1987). **Characteristics of the fall-prone patient.** The Gerontologist, 27(4), 516-522.

Mudge, A. M., Giebel, A. J. & Cutler, A. J. (2008). **Exercising body and mind: an integrated approach to functional independence in hospitalized older people.** Journal Of The American Geriatrics Society, 56(4), 630-635.

Mutlu, A. A. L., Mintaze G. (2008). **Reliability of Ashworth and modified ashworth scales in Children with Spastic Cerebral Palsy.** BMC Musculoskeletal Disorders 9 (44).

National Patient Safety Agency, (2007). **The third report from the Patient Safety Observatory - Slips, trips and falls in hospital.** Acesso em 29/09/2018: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=61390&>.

Oliveira, L. & Golin, M. (2017). **Técnica para redução do tônus e alongamento muscular passivo: efeitos na amplitude de movimento de crianças com paralisia cerebral espástica.** ABCS Health Sciences. 42(1):27-33.

Oliveira, R., Cacho, E. W. A., & Borges, G. (2006). **Post-stroke motor and functional evaluations: A clinical correlation using Fugl-Meyer assessment scale, Berg balance scale and Barthel index.** Arquivo Neuro-Psiquiátrico, 64 (3b). Acedido em 10/3/2019: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v64n3b/31610.pdf>.

OMS (2007). **Relatório Global da OMS - Prevenção de Quedas na velhice.** Acesso em 29/09/2018: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011) **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2011). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). **Código Deontológico**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). **Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação**. Acesso em 02/09/2018: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). **Linhas de orientação para catálogos CIPE®**. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 14/05/2019: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

Orem, D. (2001). **Nursing: Concepts of Practice**. 6ª Ed. Mosby, St. Louis.

Ribeiro, J. (2008). **Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde**. 2ª ed. Porto: Legis Editora.

Pereira, P. (2018). Déficit de Mobilidade – **Reabilitar, uma oportunidade para a funcionalidade**. Relatório de Estágio para obtenção de Grau de Mestre. Universidade de Évora: Évora

Pinkney, T. D., Calvert, M., Bartlett, D. C., Gheorghe, A., Redman, V., Dowswell, G., & Morton, D. (2013). **Impact of wound edge protection devices on surgical site infection after laparotomy: multicentre randomised controlled trial (ROSSINI Trial)**. BMJ (Clinical Research Ed.)

Pinto, V. (2001). **Papel do Enfermeiro na neuroavaliação do doente com alteração do nível de consciência**. In J. M. Padilha, A. G. Cruz, V. M. Pinto, P. J. P. Queirós, F. M. D. Henriques, M. C. O. Alves ... M. I. A. Costa (Coords). **Enfermagem em Neurologia** (pp. 43-56). Coimbra: FORMASAU – Formação e Saúde, Lda

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 – Ministério da Saúde – **Despacho n.º 1400-a/2015** – Diário da República, 2.ª série — n.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. Acesso em 29/09/2018: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>.

Pordata (2018). **Indicadores de envelhecimento**. Acedido em 10/05/2018: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Ribeiro, D; Lenardt, M; Lourenço, T; Betiolli, S; Seima, M; Guimarães, C (2017). O emprego da medida de independência funcional em idosos. *Rev Gaúcha Enferm.*38(4):e66496. Acedido em 22/05/2019: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e66496.pdf>

Ricci, N; Lemos, N; Orrico, K & Gazzola, J (2006). **Evolução da independência funcional de idosos atendidos em programa de assistência domiciliária pela óptica do cuidador**. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Estadual de

Campinas, Campinas, Brasil e Programa de Assistência Domiciliária ao Idoso, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). **The Roper Logan Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living**. Churchill Livingstone Publications.

Ruwer, S., Rossi, A., Simon, L. (2005). **Equilíbrio no idoso**. Revista Brasileira Otorrinolaringol, 71 (3), 298-303.

Said, C. M., Morris, M. E., Woodward, M., Churilov, L. & Bernhardt, J. (2012). **Enhancing physical activity in older adults receiving hospital based rehabilitation: a phase II feasibility study**. BMC Geriatrics, 12, 26.

Santos, A. (2017) **Valor dos instrumentos de avaliação do risco de queda em idosos com fibrilação**. Acedido em 10/03/2019: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-12022008-132620/>.

Sartori, J., Neuwald, M. F., Bastos, V. H., Silva, G. Mello, M. P., Freitas, & Orsini, M. (2009). **Reabilitação física na lesão traumática da medula espinal: relato de caso**. Revista de Neurociências. 17 (4), 364-370.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). **Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários**. Acedido em 29/09/2018: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3151651/Pages/default.aspx>

Sibinelli, M., Maioral, D., Falcão, A., Kosour, C., Dragosavac, D. & Lima, N. (2012). **Efeito imediato do ortostatismo em pacientes internados na unidade de terapia intensiva de adultos**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 24(1), 64-70. Acedido em 14/05/2019: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000100010>

Silva, A., Almeida, G. J. M., Cassilhas, R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S., Mello, M. T. (2007). **Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos**. Revista Brasileira de Medicina e Esporte, 14 (2), 88-93. Acedido em 10/03/2019: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.

Silva, M. (2016). **A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Permeabilidade da Via Aérea do Utente com Patologia Respiratória**. Relatório de Estágio - Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação. ESEL, Lisboa.

Sousa, R; Gazzola, J; Ganaça, M & Paulino, C (2011). **Correlation between the body balance and functional capacity from elderly with chronic vestibular disorders**. Braz J Otorhinolaryngol, 77(6):791-8

Spradley, James P. (1980). **Participant Observation**. Orlando- Florida. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers

Stevenson, V.L. (2010). **Spasticity management**. Clinical Rehabilitation. 24(4):293-304.

Stiller, K. (2000). **Physiotherapy in intensive care: Towards an evidence-based practice**. Chest, 118(6), 1801-1813.

Teixeira, L et al. (2006). **A integração da Pessoa Idosa na Sociedade**. Porto: Universidade Católica Portuguesa

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência. 5ª ed.

Vall, J., Lemos, K., & Janebro, A. (2005). **O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Callista Roy: um estudo teórico**. Cogitare Enfermagem. 10 (3): 63-70. Acesso em 05/10/2018: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i3.5395>

Veerbeek, JM., Wegen, E., Peppen, R., Van der Wees, PJ., Hendriks, E., Rietberg, M., & Kwakkel, G. (2014) **What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis**. PLoS ONE 9(2).

Vendruscolo, E.M. (1978) - **A importância da observação como "arma" da enfermeira do trabalho no desempenho de suas funções.** Rev. Brasileira de Enfermagem, 31, 7-1

Wang, H., Long, H., Yuan, H., Duan, Q., Hui, N., Wang, H., & Mou, X. (2017). **Effect of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation combining task-oriented training on upper limb motor function recovery after stroke.** Chinese Journal Of Contemporary Neurology & Neurosurgery, 17(4), 254-260.

WHO (2007). **WHO Global Report on Falls Prevention on Older Age.** WHO: Geneve. ISBN 978 92 4 156353 6

9. APÊNDICES

9.1. Cronograma de atividades a desenvolver

CRONOGRAMA					
Atividades \ Meses	Setembro 2018	Outubro 2018	Novembro 2018	Dezembro 2018	Janeiro 2019
Integração no serviço	X				
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X
Diagnóstico de situação	X	X			
Elaboração dos objetivos e projeto de intervenção	X	X			
Execução das intervensões			X		
Avaliação das intervensões		X	X		
Elaboração do relatório de estágio	X	X	X	X	X

9.2. Instrumentos de colheita de dados

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

QUESTIONÁRIO INICIAL

Codificação: _____

Idade: _____

Diagnóstico médico: _____

Agregado familiar: _____

Presença de cuidador? Se sim, quem? _____

ESCALA DE QUEDAS DE MORSE

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andador	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

1ª Avaliação	2ª Avaliação

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)		SEM ASSISTÊNCIA		
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)		COM ASSISTÊNCIA		
Avaliação	Atividades		1º Av.	2º Av.	3º Av.
	Autocuidado	Data	/ /	/ /	/ /
A.	Alimentação				
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.				
C.	Banho: lavar o corpo				
D.	Vestir: metade superior do corpo				
E.	Vestir: metade inferior do corpo				
F.	Utilização do vaso sanitário				
	Controle dos esfínteres				
G.	Controle da urina: frequência de incontinência				
H.	Controle das fezes				
	Mobilidade				
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas				
J.	Transferências: vaso sanitário				
K.	Transferências: banheira ou chuveiro				
	Locomoção				
L.	Marcha/Cadeira de rodas	M CR	M CR	M CR	
M.	Escadas				
	Comunicação				
N.	Compreensão	A VI	A VI	A VI	
O.	Expressão	V NV	V NV	V NV	
	Conhecimento Social				
P.	Interação Social				
Q.	Resolução de Problemas				
R.	Memória				
Total					

OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.

ESCALA DE FORÇA MUSCULAR - LOWER

Escala de Lower	
5/5	Movimento normal contra gravidade e resistência.
4/5	Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.
3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra resistência.
2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro na base da cama.
1/5	Observa-se contração palpável e/ ou visível sem movimento.
0/5	Sem contração muscular e sem movimento.

Fonte: MENOITA, E.C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência: Loures.

1ª AVALIAÇÃO

	Membro superior	Membro inferior
Direito		
Esquerdo		

2ª AVALIAÇÃO

	Membro superior	Membro inferior
Direito		
Esquerdo		

MMSE

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? ____
Em que mês estamos? ____
Em que dia do mês estamos? ____
Em que dia da semana estamos? ____
Em que estação do ano estamos? ____

Nota: ____

Em que país estamos? ____
Em que distrito vive? ____
Em que terra vive? ____
Em que casa estamos? ____
Em que andar estamos? ____

Nota: ____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra ____
Gato ____
Bola ____

Nota: ____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_24_21_18_15_

Nota: ____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra ____
Gato ____
Bola ____

Nota: ____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio ____
Lápis ____

Nota: ____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: ____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

AVALIAÇÃO TÔNUS MUSCULAR - ESCALA DE ASHWORTH

ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH		
Classificação da Espasticidade		
Grau		Descrição
	0	Sem aumento do tônus muscular
	1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão.
	1+	Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento.
	2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas.
	3	Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados.
	4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão.

Bohannon, R. W., Smith, M. B. A confiabilidade interavaliadores do *Modified Ashworth Scale*, de espasticidade muscular, *Physical Therapy*, 67, pág. 207. Copyright 1987 by American Physical Therapy Association.

1ª AVALIAÇÃO

	Membro superior	Membro inferior
Direito		
Esquerdo		

2ª AVALIAÇÃO

	Membro superior	Membro inferior
Direito		
Esquerdo		

ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG

1. SENTADO PARA EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- () 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- () 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- () 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
- () 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- () 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

2. EM PÉ SEM APOIO

- INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- () 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- () 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência
- Se o sujeito é capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima na situação sentado sem suporte. siga diretamente para o item #4.

3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- () 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- () 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- () 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- () 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- () 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

4. EM PÉ PARA SENTADO

- INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- () 4 senta com segurança com o mínimo uso das mão
- () 3 controla descida utilizando as mãos
- () 2 apóia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- () 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- () 0 necessita de ajuda para sentar

6. TRANSFERÊNCIAS

- INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- () 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- () 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- () 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- () 1 necessidade de assistência de uma pessoa
- () 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- () 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- () 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- () 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- () 0 necessidade de ajuda para evitar queda

7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

- INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- () 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- () 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- () 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- () 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- () 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- () 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm (10 polegadas)
- () 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm (5 polegadas)
- () 2 capaz de alcançar acima de 5cm (2 polegadas)
- () 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão
- () 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

8. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

- INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- () 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- () 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão
- () 2 Incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente
- () 1 Incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 Incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS: DIREITO E ESQUERDO

- INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar o giro.

- () 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada
- () 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso
- () 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio
- () 1 necessita de supervisão ao virar
- () 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

11. VIRAR EM 360 GRAUS

- INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

- () 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 necessita de supervisão ou orientação verbal
- () 0 necessita de assistência enquanto vira

12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

- INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- () 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos
- () 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão
- () 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência
- () 0 necessita de assistência para prevenir queda / Incapaz de tentar

1ª Avaliação	2ª Avaliação

9.3. Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro ter sido informado(a), por Sílvia Isabel Gomes Pereira acerca do estudo: **"Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido"** que está a realizar no âmbito do mestrado em Enfermagem - área de Reabilitação organizado pelo Instituto Politécnico de Setúbal em associação com outras Instituições de Ensino Superior, com orientação da Professora Dr.^a Gorete Reis.

Fui informado(a) que o estudo pretende promover a funcionalidade da pessoa com equilíbrio corporal comprometido. Os objetivos do estudo são: Avaliar o equilíbrio corporal e identificar as variáveis que o condicionem; Avaliar a funcionalidade da pessoa com equilíbrio corporal comprometido; Elaborar e implementar um plano de enfermagem de reabilitação para a pessoa com equilíbrio corporal comprometido; Capacitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido para a maximização da funcionalidade.

Compreendi que os dados são recolhidos através de entrevista, avaliação e observação direta, processo clínico e aplicação de escalas de avaliação. A minha participação neste estudo consiste em colaborar na entrevista, permitir a avaliação por parte do investigador, colaborando na execução de um plano de cuidados que visa a potenciação das minhas capacidades.

Compreendi as garantias de confidencialidade/anonimato e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas. Fui também informado(a) de ter total liberdade para, em qualquer momento, desistir sem que seja necessário justificar a decisão e sem penalizações. Considerando-me esclarecido(a), declaro participar de livre vontade.

A estudante (Sílvia Pereira):

O/a participante/familiar:

Para qualquer esclarecimento:

Contato telefónico: 968724031

Correio eletrónico: silvia.pereira.93@gmail.com

9.4. Plano de Cuidados UCC

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



ES
Escola Superior
de Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM
ASSOCIAÇÃO**

Estágio II

3º Semestre 2018/2019

PLANO DE CUIDADOS

Unidade de Cuidados na Comunidade

Docente Orientador: Professora Doutora Gorete Reis

Enfermeira Supervisora: Maria João Morais

Discente: Sílvia Pereira

Outubro de 2018

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo principal aprofundar os conhecimentos teóricos, científicos e práticos, de forma a poder elaborar um plano de cuidados individualizado, focando a importância da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) perante a pessoa com necessidades especiais.

Este plano de cuidados tem como referencial a linguagem da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem.

Foram respeitados todos os aspetos éticos e legais, para a colheita de informação, avaliação, planeamento de cuidados e intervenção.

A metodologia de carácter descritivo baseou-se no acompanhamento da situação clínica, dos registos e processo clínico, conduzindo a uma descrição do caso em questão e às intervenções de enfermagem de reabilitação associadas aos diagnósticos de enfermagem levantados.

AVALIAÇÃO INICIAL

<i>Nome</i>	J.P.
<i>Idade</i>	69 Anos
<i>Género</i>	Masculino
<i>Estado civil</i>	Viúvo
<i>Agregado familiar</i>	4 Pessoas (filho, nora, neta)
<i>Habitação</i>	Apartamento, 5º andar com elevador
<i>Diagnósticos</i>	AVC isquémico, Diabetes, HTA

HISTÓRIA DE SAÚDE

O Sr. J. P. foi encaminhado para a ECCI, pela sua USF, para cuidados de enfermagem de reabilitação.

Utente com história de AVC isquémico em 2015 (com sequela de hemiplegia à direita sem perda de sensibilidade, ligeira disartria e parésia facial direita); EAM em 2017; Diabetes Mellitus tipo II insulinotratado. Seguido em consultas de especialidade – Diabetologia e Cardiologia. Não remarcou seguimento em Psiquiatria (sintomas depressivos e suspeita de tentativa de suicídio).

Apesar das sequelas do AVC mobilizava-se com apoio de uma canadiana, não estando totalmente dependente nas AVD, contudo, após internamento de 1 mês para descanso do cuidador (na altura, a esposa), regressou ao domicílio com maior grau de dependência.

Tinha como principal cuidadora a sua esposa, que a 20/08 teve um EAM, acabando por falecer, situação que causou grande tristeza ao Sr. J.P. Desde então encontra-se a ser cuidado pela nora e filho. Apresenta-se muito deprimido, com ideação suicida.

Atualmente a ser cuidado pela nora com pouca experiência no cuidar. Encaminhado para apoio psicológico no ACES, ficando a aguardar resposta.

TERAPÊUTICA HABITUAL

<i>Terapêutica</i>	Dose
<i>Insulina Mixtard</i>	30 UI
<i>Lisinopril + Amlodipina</i>	20mg + 10mg
<i>Carvedilol</i>	6,25mg
<i>Atorvastatina</i>	20mg
<i>Metformina</i>	1000mg
<i>AAS</i>	10mg
<i>Nitroglicerina (SOS)</i>	0,5mg

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O Sr. J.P. encontra-se consciente e orientado em todas as vertentes, não tendo qualquer alteração da cognição (MMSe 29).

Em relação aos autocuidados, é dependente em grau moderado a elevado (MIF: 55). Tem apoio do SAD para a higiene, que é habitualmente realizada no leito. Durante o dia está acompanhado pela nora, a sua principal cuidadora.

Encontra-se a ser acompanhado por ECCI, em visitas bissemanais. Durante o nosso acompanhamento, tem sido prestado apoio psico-emocional ao utente, bem como efetuados ensinamentos sobre prevenção, despiste e gestão de complicações, gestão do regime terapêutico, capacitação do utente e prestador de cuidados para a realização de exercícios musculares e treino de AVD's.

Iniciou-se programa de reabilitação com mobilizações passivas dos segmentos articulares do hemicorpo direito, exercícios ativos resistidos no hemicorpo esquerdo, treino de equilíbrio, transferências e treino de AVD's.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Autocuidado: comer e beber comprometido em grau moderado
- Autocuidado: higiene e vestuário comprometido em grau elevado
- Equilíbrio corporal comprometido
- Movimento muscular diminuído (à direita)
- Parésia presente na face à direita
- Pôr-se de pé comprometido
- Transferir-se dependente em grau elevado
- Risco de queda

PLANO DE CUIDADOS IMPLEMENTADO

(apresentado nas páginas seguintes)

PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
22/10/18	Autocuidado: comer e beber comprometido em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar autocuidado comer e beber; – Avaliar a capacidade de aprendizagem do utente e do prestador de cuidados para o autocuidado; – Instruir o utente e o prestador de cuidados a utilizar estratégias adaptativas (providenciar os alimentos já cortados; alimentar-se com o MS esquerdo); – Aconselhar o melhor aporte nutricional às necessidades do utente; – Vigiar refeições; – Auxiliar a concluir tarefas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Otimizar a autonomia do doente no autocuidado; – Melhorar a intervenção do prestador de cuidados; – Manter adequado aporte nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cumpre 3 refeições principais. Ingerir cerca de 1l de água por dia. Deglutição mantida. Apesar da diminuição da força muscular à direita, consegue-se alimentar com o MS esquerdo, necessitando que lhe preparem os alimentos. – A prestadora de cuidados participou na satisfação do autocuidado de forma adequada. – O utente demonstrou iniciativa na realização deste autocuidado. <p>12/11/2018</p>
22/10/18	Autocuidado: higiene e vestuário dependente em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o autocuidado higiene e vestuário; – Avaliar a capacidade de aprendizagem do utente e do prestador de cuidados para o autocuidado; – Instruir o prestador de cuidados a assistir o doente no autocuidado higiene no leito e no WC (quando a sua condição física assim o permitir); – Monitorizar a tolerância do doente durante a ação; – Prevenir acidentes; – Vigiar e assistir o autocuidado vestir-se; – Posicionar e assistir o doente no vestir-se; – Mostrar material adaptativo para a realização do autocuidado; – Explicar e demonstrar estratégias de vestuário (ex.: vestir casaco com o fecho apertado, utilizar o membro não afetado para ajustar a roupa ao membro afetado, importância do calçado fechado); – Utilizar técnica de facilitação cruzada. 	<ul style="list-style-type: none"> – Otimizar a autonomia do doente no autocuidado; – Promover a adequada interação do prestador de cuidados no autocuidado; – Melhorar a conservação de energia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Doente necessita de ajuda total na higiene e vestuário devido à diminuição de força e tónus muscular no hemicorpo direito. – Foi difícil trabalhar o autocuidado higiene com o utente e com o prestador de cuidados uma vez que este é assegurado por um serviço de apoio domiciliário, não tendo havido possibilidade de articulação. – Apresenta bom estado geral de higiene pessoal e oral. Pele e mucosas coradas e hidratadas. – Apresentou melhoria no que diz respeito à capacidade de se vestir de forma mais autónoma, acatando as estratégias demonstradas. <p>12/11/2018</p>

PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
22/10/2018	Parésia presente na face à direita	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicar frio; – Dar espelho ao utente; – Executar técnica de exercício muscular passivo; – Explicar exercícios que treinem a musculatura da face (soprar, encher balão, sorrir, mandar um “beijinho”); – Executar técnica de massagem; – Supervisionar utente a mastigar. 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenir perda de mobilidade e manter tónus na musculatura da face; – Garantir uma deglutição eficaz 	<ul style="list-style-type: none"> – O Sr. J.P. apresenta uma ligeira parésia da face com apagamento do sulco nasogeniano, diminuição dos movimentos da musculatura. Contudo movimenta os lábios e deglute sem dificuldade, não sendo evidente desvio da comissura labial. – Foram efetuados exercícios que promovam a movimentação da musculatura da face (soprar, encher balão, sorrir, mandar um “beijinho”). – Ao longo das semanas foi possível observar uma discreta melhoria em relação à parésia. <p>12/11/2018</p>
22/10/2018	Equilíbrio corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar equilíbrio corporal através da Escala de Berg; – Avaliar equilíbrio estático e dinâmico em pé e sentado; – Estimular a manter equilíbrio corporal; – Executar técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: sentado na cadeira de rodas ou à beira da cama, com os pés no chão, e olhar dirigido para frente, provocar pequenos desequilíbrios de modo a perceber a resposta (se o doente tolerar poderá ser feito com os olhos fechados); – Orientar na técnica de treino de equilíbrio; – Correção postural: correção em frente a espelho durante o treino de equilíbrio. 	<ul style="list-style-type: none"> – Melhorar equilíbrio estático e dinâmico; – Prevenir e corrigir defeitos posturais; – Manter alinhamento tronco e membros. 	<ul style="list-style-type: none"> – Em relação aos exercícios de equilíbrio estático sentado, apresentou melhorias significativas. Conseguindo manter-se na mesma posição por um período > 2min. – Foi notória a evolução em relação ao equilíbrio dinâmico sentado, conseguindo compensar forças que lhe causam desequilíbrio. – Pela hemiplegia do hemicorpo direito, não se consegue manter na posição ortostática sem estar totalmente apoiado numa pessoa, comprometendo deste modo o equilíbrio quer estático quer dinâmico na posição ortostática. – Berg = 4 (não sendo possível avaliar os pontos que necessitam de posição ortostática). <p>12/11/2018</p>

PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
22/10/2018	Movimento muscular diminuído à direita	<ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar força muscular através da escala de <i>Lower</i>; – Monitorizar tónus muscular através da escala de <i>Ashworth</i>; – Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares ativos (auto mobilizações); – Ensinar técnica de exercícios muscular ao prestador de cuidados; – Executar e ensinar técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade; – Executar e ensinar técnica de relaxamento e alongamento muscular; – Treinar técnica de exercício muscular e articular: exercícios passivos e exercícios isométricos no hemicorpo direito e exercícios ativos e ativos resistidos (com elástico e com garrafas de água com areia) no hemicorpo esquerdo; – Supervisionar o movimento muscular; – Providenciar material educativo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenir perda de mobilidade e tónus muscular; – Manter fortalecimento muscular do hemicorpo esquerdo; – Manter a amplitude articular do hemicorpo direito. 	<ul style="list-style-type: none"> – Foram realizados exercícios distintos para cada hemicorpo, tendo em conta a hemiparesia à direita e luxação da articulação gleno-umeral à direita. – Foram realizados exercícios com pesos (garrafas de água com areia) com o MSE, o que permitiu aumentar um grau na força muscular; – Foram realizados exercícios de mobilizações passivas no MSD e auto mobilizações, utilizando o MSE. – Apresentava <i>Lower</i> hemicorpo esquerdo: <u>3 → 4</u> e no hemicorpo direito: <u>1 → 2</u> – O tónus muscular não estava aumentado <i>Ashworth</i>: 0, contudo foram realizados ensinamentos acerca de posicionamentos em padrão anti-espástico. – Foi facultado ao utente e ao prestador de cuidados, um guia de exercícios para realizarem nos dias em que não estivesse presente. <p style="text-align: right;">12/11/2018</p>
22/10/2018	Pôr-se de pé comprometido	<ul style="list-style-type: none"> – Executar técnica de exercício muscular e articular dos membros inferiores; – Treinar exercícios de passagem da posição deitado para sentado e de sentado para em pé. 	<ul style="list-style-type: none"> – Melhorar força nos membros inferiores 	<ul style="list-style-type: none"> – Pela hemiplegia do hemicorpo direito não se consegue manter na posição ortostática sem estar totalmente apoiado numa pessoa, comprometendo deste modo a posição ortostática. – Desloca-se através de cadeira de rodas que não consegue manipular pela limitação dos movimentos do MSD. <p style="text-align: right;">12/11/2018</p>

PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
22/10/2018	Transferir-se dependente em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> – Instruir a técnica de transferência; – Treinar técnica de transferência; – Providenciar meios auxiliares (tábua de transferência); – Instruir o prestador de cuidados a realizar a técnica de transferência. 	<ul style="list-style-type: none"> – Executar a técnica de transferência em segurança 	<ul style="list-style-type: none"> – A transferência foi conseguida de forma mais segura a partir do momento em que o equilíbrio sentado foi progredindo. – Colabora dentro das suas capacidades, contudo não suporta o próprio peso na posição ortostática. – Não foi necessário a utilização de tábua de transferência uma vez que o utente colabora dentro das suas capacidades e o filho consegue executar a técnica de forma eficaz. <p>12/11/2018</p>
22/10/2018	Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o risco de queda através da Escala de Morse; – Elevar grades da cama; – Eliminar fatores de risco; – Travar sempre a cadeira de rodas; – Deixar objetos a serem utilizados pelo utente, ao seu alcance; 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenir quedas 	<ul style="list-style-type: none"> – Feitos ensinios acerca de prevenção de quedas (sapatos fechados, manter os objetos necessários por perto, retirar tapetes e obstáculos, chamar sempre que necessitar). – O utente é bastante cuidadoso com este fator, conseguindo inclusive travar a cadeira de rodas. – Morse: 35. <p>12/11/2018</p>

9.5. Plano de Cuidados Ortopedia

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior de Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM
ASSOCIAÇÃO**

Estágio II

3º Semestre 2018/2019

PLANO DE CUIDADOS

Serviço de Ortopedia

Docente Orientador: Professora Doutora Gorete Reis

Enfermeira Supervisora: Fátima Abreu

Discente: Sílvia Pereira

Dezembro de 2018

AVALIAÇÃO INICIAL

Nome	M.P.
Idade	69 Anos
Género	Feminino
Estado civil	Casada
Agregado familiar	2 pessoas (marido)
Habitação	Apartamento, 1º andar sem elevador
Antecedentes pessoais	HTA, dislipidémia, cirurgia a quisto renal à esquerda

HISTÓRIA DE SAÚDE

A Sr.^a M.P. foi internada eletivamente a 10/12/2018 por coxartrose à direita (Fig.1). À sua chegada, a utente referia queixas álgicas que lhe limitavam a mobilidade. É independente nos autocuidados, necessitando apenas de supervisão na realização de algumas atividades, nomeadamente pôr-se de pé.



Figura 5 - Coxartrose à direita

A 11/12/2018 foi realizada artroplastia total da anca direita sob técnica anestésica combinada. Durante a cirurgia apresentou hipotensão pontual com necessidade de bólus de efedrina, sem outras intercorrências. Sem sinais de compromisso neurocirculatório. Ainda no decorrer da cirurgia realizou a seguinte terapêutica: Lactato de Ringer 1000ml; Soro Fisiológico 1000ml; Ácido tranexâmico 1g; Clemastina 2mg; Dexametasona 1 fórmula e Paracetamol 1g.

Foram realizadas várias radiografias intra-bloco para confirmação da adequada colocação da prótese (Fig. 2).



Figura 6 - Radiografia prótese (intra-bloco)

À chegada à enfermaria, a utente encontrava-se hemodinamicamente estável, sem queixas álgicas, nem sinais de compromisso neurocirculatório. Apresentava um penso cirúrgico externamente limpo e seco e um dreno Redyvac nº18 a drenar, em pequena quantidade, líquido hemático. Fez aplicação de gelo, com indicação para repetir uma vez por turno.

TERAPÊUTICA HABITUAL

<i>Terapêutica</i>	<i>Dose</i>	<i>Posologia</i>
<i>Cadesartan + Hidroclorotiazida</i>	16/12,5mg	1 comprimido de manhã
<i>Livazo</i>	2mg	1 comprimido ao jantar
<i>Bezalip</i>	200mg	1 comprimido ao jantar
<i>Zolpidem</i>	10mg	½ comprimido ao jantar

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A Sr.^a M.P. encontra-se consciente e orientada em todas as vertentes. No domicílio era independente nos autocuidados. Neste momento, devido ao procedimento cirúrgico a que foi submetida, encontra-se dependente em grau elevado nos autocuidados.

Apresenta uma dor tipo moinha no local da sutura operatória e local do dreno, a cumprir terapêutica de esquema.

Segundo protocolo do serviço, o dreno é retirado passadas 48h e, em seguida, efetua primeiro levante.

A 12/12/2018 iniciou-se programa de reabilitação com mobilização ativa-assistida do membro inferior direito, ensinos acerca de cuidados a ter com movimentos musculares e articulares do membro operado e exercícios adequados à situação clínica atual (rolar com almofada entre as pernas, ponte).

No dia 13/12/2018, foi retirado dreno cirúrgico e realizado primeiro levante com meias de contenção elásticas (como é protocolado no serviço) que decorreu sem intercorrências, mantendo equilíbrio estático e dinâmico sentada e em pé.

Foi feito treino de marcha com duas canadianas, utilizando a técnica de marcha com três pontos, a utente apresentou boa capacidade de aprendizagem e apreendeu com facilidade o que lhe foi dito.


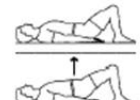
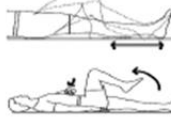

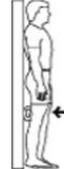


Foi ainda realizado treino de subir e descer escadas com as canadianas, uma vez que, no prédio onde reside, existem dois lanços de escadas. Existem no serviço umas escadas de treino, próprias para que seja simulada a subida e descida dos degraus (Fig. 3) de maneira a que os utentes possam simular as suas atividades de vida e identificar dificuldades, de modo a que possam ser superadas.



Figura 7 - Escadas de treino

Foram ainda abordados temas como posicionamento adequado, movimentos que deve evitar e no momento da alta, foi facultado à utente uma lista de exercícios exemplificativos para realizar no domicílio (Fig.3) para que se sinta segura na realização dos exercícios que são fundamentais para uma adequada recuperação.

Exercícios para pós-operatório da Prótese da Anca

	<p>Deitado, mexer o pé da perna operada para cima e para baixo até onde conseguir.</p> <p>Repetir cada movimento 10 vezes, 2 a 3 séries.</p>		<p>Deitado, com os joelhos dobrados e os pés apoiados levantar a bacia/anca retirando as nádegas do colchão/cama/marquês. Numa fase inicial pode apertar só as nádegas uma contra a outra sem subir a bacia.</p> <p>Mantenha os joelhos alinhados sempre para cima em direção ao teto (nunca para fora ou para dentro).</p> <p>Repetir 10 vezes, 2 a 3 séries.</p>
	<p>Deitado, arraste o calcanhar pelo colchão dobrando e esticando a perna operada sem provocar dor ou desconforto. Quando conseguir pode tirar o calcanhar levando a perna para cima com o joelho dobrado (não deixar o joelho chegar à barriga nunca ultrapassando a zona da bacia/anca/90°).</p> <p>Repetir 10 vezes, 2 a 3 séries.</p>		<p>Deitado de barriga para cima, empurre a perna operada para baixo contra o colchão mantendo sempre o joelho esticado.</p> <p>Mantenha os joelhos alinhados sempre para cima em direção ao teto (nunca para fora ou para dentro).</p> <p>Repetir 10 vezes, 2 a 3 séries.</p>
	<p>Deitado, coloque uma toalha pequena enrolada por baixo do joelho deixando-o ligeiramente dobrado. Esmague a toalha durante 5 a 8 segundos esticando o joelho e puxando a ponta do pé para si.</p> <p>Repetir 10 vezes, 2 a 3 séries.</p>		
	<p>Deitado, afastar uma perna da outra mantendo o joelho esticado. Se o exercício for fácil pode aumentar a dificuldade colocando-se de lado sobre a perna não lesionada, subindo e descendo a perna lesionada com o joelho sempre esticado.</p> <p>Repetir 10 vezes, 2 a 3 séries.</p>		
	<p>Deitado, subir a perna mantendo o joelho sempre esticado. A perna contrária pode estar esticada ou dobrada consoante for mais confortável.</p> <p>Repetir 10 vezes, 2 a 3 séries.</p>		

Cuidados a ter: Fazer gelo em cada 2/3h. Colocar a perna ligeiramente mais alta; Não cruzar a perna operada ou sentar-se em cadeiras altas (não levantar acima da bacia/90°).

Figura 8 - Exercícios pós-operatório PTA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Autocuidado: higiene e ir ao sanitário comprometido em grau moderado
- Andar (com auxiliar de marcha)
- Equilíbrio corporal comprometido
- Posicionar-se e Transferir-se dependente em grau reduzido
- Risco de queda

PLANO DE CUIDADOS IMPLEMENTADO

(apresentado nas páginas seguintes)

PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
11/12/2018	Autocuidado: higiene e ir ao sanitário dependente em grau moderado	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o autocuidado higiene e ir ao sanitário; – Avaliar a capacidade de aprendizagem da utente para o autocuidado; – Ensinar à utente estratégias para realizar os autocuidados; – Mostrar material adaptativo para a realização do autocuidado (ex.: alteador de sanita); – Explicar e demonstrar estratégias de vestuário (ex.: utilizar calcadeira de cabo longo, utilização de pinças de cabo longo, enfiadores ou suspensórios, fixados ao vestuário que permitam deslizar os membros inferiores com o mínimo de flexão). 	<ul style="list-style-type: none"> – Otimizar a autonomia da utente no autocuidado; – Adequar estratégias para satisfazer os autocuidados tendo em conta as limitações existentes 	<ul style="list-style-type: none"> – Apresenta bom estado geral de higiene pessoal e oral. Pele e mucosas coradas e hidratadas; – A utente necessitou de ajuda total nos autocuidados durante o tempo em que esteve restrita ao leito no pós-cirúrgico imediato; – Após o levante, foi levada ao duche onde lhe foram explicados os cuidados a ter em relação à PTA, nomeadamente, não fletir a anca num ângulo > 90°, ter a perna operada o mais “esticada” possível, não cruzar as pernas); – Apresentou melhoria no que diz respeito à higiene pessoal de forma mais autónoma, acatando as estratégias demonstradas. <p>Sílvia Pereira 13/12/2018</p>
11/12/2018	Andar (com auxiliar de marcha)	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar capacidade de andar – Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha – Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha – Ensinar, instruir e treinar a utente a andar com duas canadianas 	<ul style="list-style-type: none"> – Adequar a marcha à situação atual – Garantir a segurança na marcha com auxiliar 	<ul style="list-style-type: none"> – Existem dois lanços de escadas no prédio da utente, que necessita de subir e descer para chegar a casa. Como tal, foi realizado treino de subir e descer escadas no serviço utilizando a seguinte técnica: <ul style="list-style-type: none"> – A subir: perna boa, perna operada, canadianas; – A descer: perna operada, canadianas, perna boa; – A utente percebeu e executou a técnica de forma adequada; – Realizou marcha a 3 pontos, que entendeu sem dificuldade e efetuou com segurança. <p>Sílvia Pereira 13/12/2018</p>

PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AValiação
11/12/2018	Equilíbrio corporal	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar equilíbrio corporal através escala de Berg – Verificar equilíbrio estático e dinâmico, sentada e na posição ortostática – Estimular a manter equilíbrio corporal; – Executar técnica de treino de equilíbrio estático e dinâmico sentado: sentado na beira da cama, com os pés no chão, e olhar dirigido para frente, provocar pequenos desequilíbrios de modo a perceber a resposta (se a doente tolerar poderá ser feito com os olhos fechados); – Orientar na técnica de treino de equilíbrio – Executar técnica de treino de equilíbrio (alternância de carga nos membros – limitação no MID, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos) 	<ul style="list-style-type: none"> – Manter equilíbrio estático e dinâmico – Manter alinhamento do tronco e membros 	<ul style="list-style-type: none"> – A utente não apresentava alteração do equilíbrio antes da cirurgia, contudo, após a cirurgia, por alguma limitação dos movimentos à direita, apresenta Berg: 45 pontos. Que se situa ao nível de um bom equilíbrio, apesar de algumas dificuldades; – A utente mantém equilíbrio estático e dinâmico sentada, apenas demonstrando alguma dificuldade no equilíbrio dinâmico em posição ortostática pela nova limitação; – Contudo, com os exercícios efetuados alternância de carga nos membros – limitação no MID, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos, subir e descer escadas e marcha, foi notória a melhoria. <p>Sílvia Pereira 13/12/2018</p>
11/12/2018	Posicionar-se e Transferir-se	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar a capacidade de se posicionar e transferir – Ensinar estratégias para realizar movimentos em segurança 	<ul style="list-style-type: none"> – Executar a técnica de transferência e posicionamento em segurança 	<ul style="list-style-type: none"> – A utente referiu que o sofá do seu domicílio é demasiado baixo, contudo, referiu também que tencionava adquirir um novo e que teria este aspeto em consideração; – Foi treinada técnica de posicionamento no leito com uma almofada entre as pernas, de modo a evitar que a perna operada ultrapasse a linha média; – Treinada técnica de transferência simulando que estava a entrar para o lugar de pendura, no seu veículo; – A utente apresentou-se sempre muito atenta e motivada nos exercícios praticados. <p>Sílvia Pereira 13/12/2018</p>

PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
DATA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	AVALIAÇÃO
11/12/2018	Dor no local da sutura operatória	<ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar a dor através da escala numérica – Gerir terapêutica – Vigiar sinais inflamatórios – Aplicar gelo 3x/dia – Realizar penso 	<ul style="list-style-type: none"> – Minimizar a dor 	<ul style="list-style-type: none"> – Utente cumpriu aplicação de gelo 3x/dia e cumpriu analgesia de horário, referindo um VAS 2 à mobilização; – Sutura operatória com boa evolução cicatricial. <p>Sílvia Pereira 13/12/2018</p>
11/12/2018	Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliar o risco de queda através da Escala de Morse; – Eliminar fatores de risco; – Adequar marcha à condição física atual 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenir quedas 	<ul style="list-style-type: none"> – Feitos ensinios acerca de prevenção de quedas (sapatos fechados, manter os objetos necessários por perto, retirar tapetes e obstáculos, realizar exercícios estabelecidos para recuperação mais rápida); – A utente é bastante cuidadosa com este fator, tendo muito cuidado na marcha com canadianas; – Morse: 60. <p>Sílvia Pereira 13/12/2018</p>

9.6. Folheto elaborado durante o estágio em Ortopedia – Tração cutânea

O QUE É UMA TRAÇÃO CUTÂNEA:

A tração cutânea é uma das formas de se imobilizar uma fratura nos membros inferiores.

Define-se tração como o mecanismo pelo qual uma força estável é exercida numa parte ou partes do corpo de modo a imobilizar uma fratura.

Pode ser utilizada com os seguintes objetivos:

- Reduzir uma fratura;
- Manter a posição correta do membro.



Realizado por: Sílvia Pereira, Mestranda de Enfermagem de Reabilitação sob a orientação da Enf.ª Especialista em Reabilitação Fátima Abreu. Com a colaboração do Enf.º Hélder Relvão, Janeiro 2019

Referências: Serre, L.; Oliveira, A.; Castro J. (2012). *Críticos Fundamentais em Fraturas e Ortopedia*, 3ª Ed. Lisboa. Lidel. ISBN: 978-972-757-755-2

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.

Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro

Serviço de Ortopedia

Telefone: 21 214 71 31 | Fax: 21 214 90 59

E-mail: ort1@chbm.min-saude.pt

www.chbm.min-saude.pt

COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO CUTÂNEA

Serviço de Ortopedia

RECURSOS NECESSÁRIOS:

- Tintura de Benjoim;
- Tração cutânea;
- Ligaduras de algodão;
- Ligaduras elásticas;
- Adesivo;
- Compressas;
- Dois profissionais de saúde.

TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO CUTÂNEA:

1. Não realizar tricotomia do local a tracionar (risco de infecção);



2. Utilizar as compressas para aplicar a Tintura de Benjoim na região a aplicar a tração (facilita a aderência);



3. Abrir a tração cutânea, retirar o papel da região adesiva e colocar a ligadura de algodão de modo a cobrir toda a área adesiva (evitar que o adesivo se cole à pele);



4. Colocar ligadura de algodão junto à pele, nos locais em que a tração cutânea ficar colocada (face lateral do membro inferior);



5. Colocar a superfície rígida da tração cutânea próxima da região plantar do membro a tracionar;



6. Colocar a tração cutânea ao longo do membro inferior a tracionar;



7. Colocar ligadura elástica em espiga para segurar a tração (não utilizar espiral por risco de garrotar o membro);



8. Fixar a ligadura com adesivo;

9. Aplicar o peso prescrito no suporte adequado (cabresto). Confirmar que não há angulações e que fica livre.



9.7. Folha de exercícios terapêuticos elaborada para um utente (Grupo 1)

Exercícios terapêuticos Sr. H. N.

Potenciais problemas:

- Disfagia;
- Disartria;
- Hemiplegia à esquerda

Antes de se levantar:

- Rolar
- Ponte
- Rotação controlada da anca
- Levante com carga no cotovelo do lado afetado

Exercícios de treino de equilíbrio

- Correção postural (ao espelho)
- Permanecer em pé durante 2 minutos sem se segurar em nada
- Sentar-se com os braços cruzados
- Fechar os olhos e permanecer parado 10 segundos
- Permanecer em pé com os pés juntos
- Fazer força contra as mãos do enfermeiro (jogo do empurra)
- Em pé, chegar-se à frente sem tirar os pés do sítio
- Sentado na bola terapêutica: levantar (fletir e estender o ombro) os braços alternadamente (10 vezes)
- Em pé, colocar-se em bicos de pés e alternar com os calcanhares
- Junto ao parapeito da janela ou a uma cadeira – levantar (flectir) os joelhos e posteriormente elevar o joelho para trás (10 vezes cada)

Exercícios motricidade fina

- Colocar as molas no estendal
- Pegar em objetos pequenos (feijões, por exemplo) e colocar noutra superfície
- Utilizar a base com picos e colocar as pecinhas

Exercícios de mímica facial

- Beijinho
- Soprar
- Utilizar palhinha
- Encher as bochechas com ar

Exercícios proprioção e sensibilidade

- Colocar a perna boa sobre a perna doente
- Colocar a mão boa sobre a mão doente e exercer pressão
- Colocar a mão e o pé doentes sobre uma superfície irregular (com piquinhos)

9.8. Estrutura dos exercícios terapêuticos implementados ao Grupo 2

Frequência

- 3 vezes por semana

Duração

- cerca de 75 minutos

Exercícios

- Aquecimento - 10 minutos
- Exercício aeróbio - 30 minutos
- Exercício resistido - 20 minutos
- Exercícios de equilíbrio/agilidade - 10 minutos
- Exercícios de alongamento/flexibilidade - 5 minutos

9.9. Apresentação em PowerPoint do Relatório de Estágio – Defesa

Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido

2º Mestrado em Enfermagem em associação
Área de especialização em Enfermagem de Reabilitação

ATO PÚBLICO DE DEFESA DE RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestranda: Sílvia Isabel Gomes Pereira

Orientação: Professora Doutora Maria Gorete Mendonça dos Reis

Setúbal, 2 de julho de 2019

Organização dos conteúdos

- Contextualização do envolvimento
- Referencial teórico
- Projeto de Intervenção – Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido
- Execução do Projeto
- Resultados
- Discussão
- Competências adquiridas
- Considerações Finais

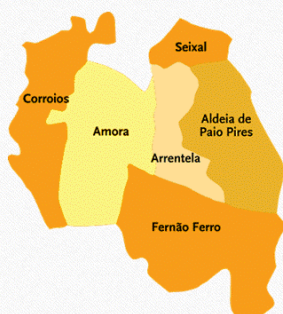


Objetivos do Relatório

- Demonstrar aquisição de conhecimentos e competências inerentes à condição de EE, EEER e Mestre;
- Apresentar os resultados obtidos tendo em conta as intervenções de ER associadas às limitações de cada pessoa, nomeadamente, alteração do equilíbrio e mobilidade articular;
- Refletir acerca da prática de cuidados de ER nos diversos contextos.

3

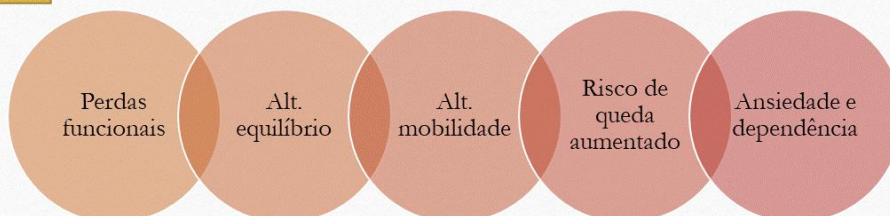
Local de implementação do projeto



- A UCC em estudo abrange 6 freguesias, com uma área de 95 km²;
- Acolhe um total de 153 698 cidadãos; sendo que, 21% tem \geq a 65 anos;
- 33,37% dos idosos são dependentes;
- Equipa: 14 enfermeiros (1 coordenador, **3 EEER**, 1 EESMP, 2 EESMO e 2 EESIP, 5 generalistas); 1 fisioterapeuta; 1 secretária de unidade

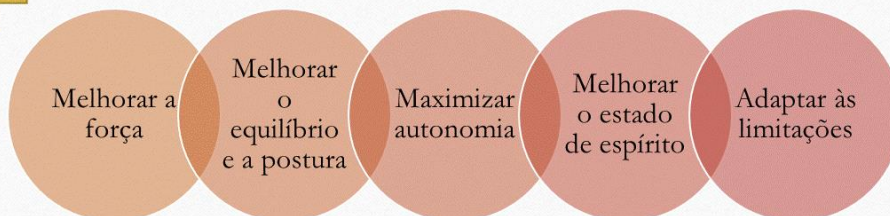
4

Questões relacionadas com o envelhecimento



GOBP OE (2013) - CUIDADOS À PESSOA COM ALTERAÇÕES DA MOBILIDADE - POSICIONAMENTOS, TRANSFERÊNCIAS E TREINO DE DEAMBULAÇÃO 5

Questões relacionadas com o envelhecimento – o que fazer?



6

Referencial teórico utilizado



Teoria do
Défice do
Autocuidado

Teoria das
Transições



7

Projeto de intervenção

8

Objetivos do Projeto

- Capacitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido para a maximização da funcionalidade.
- Especificando-se nos seguintes:
 - Avaliar a funcionalidade da pessoa;
 - Avaliar o equilíbrio corporal e identificar as variáveis que o condicionem;
 - Implementar um plano de enfermagem de reabilitação para a pessoa com equilíbrio corporal comprometido.

9

Metodologia

- **Próxima** da metodologia da **investigação-ação**;
- Natureza **transversal**: decorre num período de tempo limitado;
- Perspetiva **descritiva**: descrevendo comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular.
- Parecer à Comissão de Ética do ACES
- Amostra: ≥ 65 anos (dois grupos)

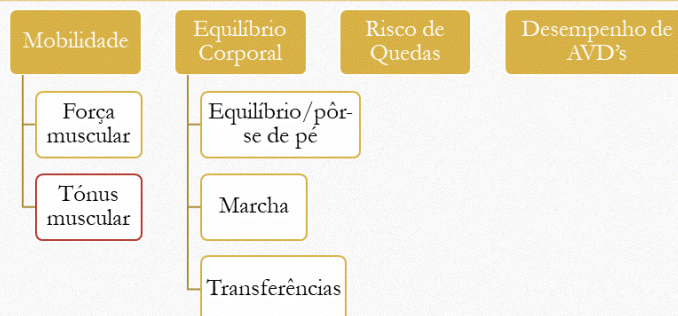
10

Critérios de seleção da amostra

- Participar de forma livre e esclarecida;
- Apresentar condições cognitivas de participação tendo 3 a 6 anos de escolaridade (MMSE \geq 24 pontos); [Morgado et al. (2009) valores operacionais de corte]
- Apresentar alteração da mobilidade, nomeadamente do equilíbrio;
- Ter potencial de reabilitação.

11

Variáveis em estudo



12

Variáveis e instrumentos de recolha de dados

Variável	Instrumento de avaliação
Consciência, orientação e cognição	Minimental State Examination (MMSE)
Desempenho de AVD's	Medida de Independência Funcional (MIF)
Equilíbrio/Pôr-se de pé	Escala de Equilíbrio de Berg
Força muscular	Escala de Lower
Marcha	Medida de Independência Funcional (MIF)
Mobilidade	Observação/avaliação direta
Risco de queda	Escala de Quedas de Morse
Tónus muscular	Escala de Ashworth
Transferência	Observação/avaliação direta

OE (2016) - Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

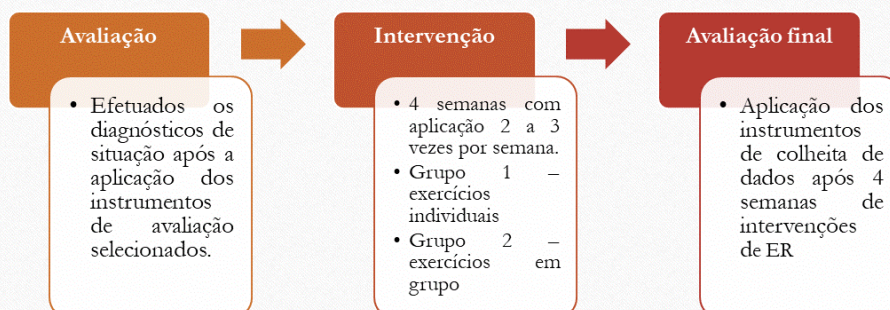
13

Resumo das intervenções implementadas

EQUILÍBRIO CORPORAL	Exercícios de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em ortostatismo;
	Apoio unipodal;
	Exercícios de coordenação de movimentos e correção postural;
	Alterância de carga dos membros superiores e inferiores;
MOBILIDADE	Treino de marcha (com ou sem auxiliar).
	Exercícios musculares e articulares: passivos, ativo-assistidos, ativos e ativo-resistidos;
	Incentivar a pessoa a realizar automobilizações;
AVD's	Avaliação do desempenho através da MIF
	Treino de AVD's (transferir-se, marcha e alimentar-se)
	Treino de motricidade fina

14

Execução do projeto



15

Resultados

16

Características da população

	Grupo 1	Grupo 2
Nº de participantes	5	5
Género	Masculino	Feminino
Média de idades (anos)	82,8	69,4
Desvio padrão (anos)	8	5
Local da prestação de cuidados de ER	Domicílio	Pavilhão municipal

17

Mobilidade: Força muscular (Escala de *Lower*)

Grupo 1

	MSD		MSE		MID		MIE	
	I	F	I	F	I	F	I	F
A1	3	4	3	4	3	3	3	4
A2	3	3	3	3	3	3	3	3
A3	4	5	4	4	3	3	3	3
A4	4	4	2	3	4	4	2	3
A5	3	4	3	4	3	4	3	4

Grupo 2

	MSD		MSE		MID		MIE	
	I	F	I	F	I	F	I	F
B1	3	4	3	4	4	4	4	4
B2	4	4	4	4	4	4	4	4
B3	4	5	4	5	4	4	4	4
B4	3	4	3	4	3	4	3	4
B5	3	4	3	4	3	4	3	4

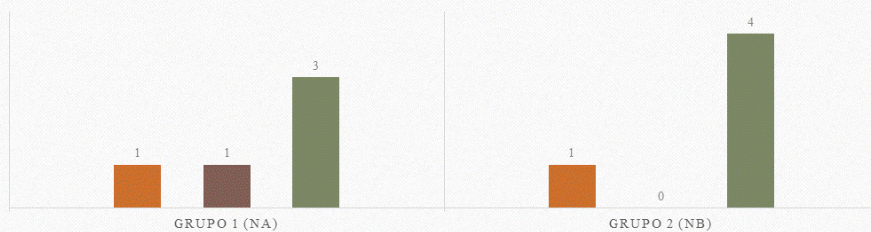
18

Carvalho et. al. (2004) e Mariano et. al. (2013)

Mobilidade: Força muscular (Escala de *Lower*)

Interpretação da Escala de Lower

■ manutenção da força ■ melhoria num segmento corporal ■ melhoria em 2 ou mais segmentos corporais



19

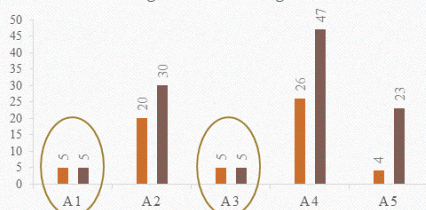
Carvalho et. al. (2004) e Mariano et. al. (2013)

Equilíbrio corporal: Equilíbrio/pôr-se de pé (Escala de *Berg*)

Média: 17,9%

Grupo 1

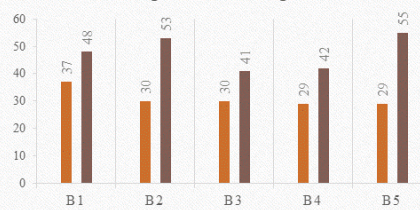
■ Berg - Inicial ■ Berg - Final



Grupo 2

Média: 30%

■ Berg - Inicial ■ Berg - Final



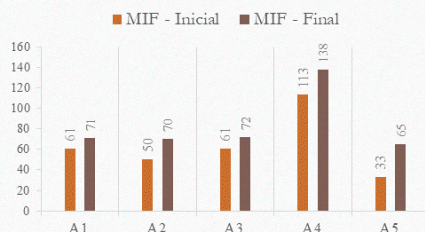
20

Sousa et. al. (2011)

Equilíbrio corporal: Marcha e Transferências (Medida de Independência Funcional)

Média: 15,6%

Grupo 1

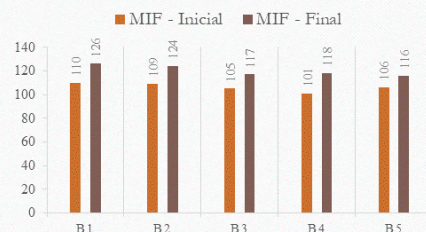


I: 63,6 (ajuda modificada – até 25%)

F: 82,8 (ajuda modificada – com supervisão)

Grupo 2

Média: 11,1%



I: 106,2 (dependência modificada – ajudas técnicas)₂₁

F: 120 (independência completa)

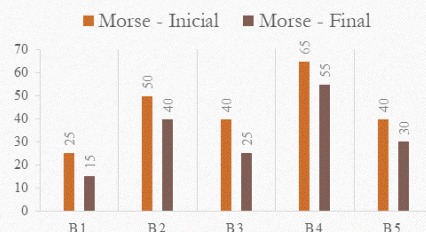
Ricci, Lemos, Orrico e Gazzola (2006) e Kawasaki e Diogo (2005)

Risco de Queda (Escala de Quedas de Morse)

Grupo 1



Grupo 2



22

Fhon (2012) e Sousa (2011)

Discussão de resultados

23

Discussão de resultados

- Carvalho et. al. (2004) - estudo com vista a determinar o efeito da atividade física na força em idosos.
 - 19 participantes (6 meses, 4 sessões semanais)
 - Resultados: treino de força combinado com ginástica de manutenção é exequível e está associado a um aumento significativo da força muscular em idosos.
- Mariano et. al. (2013) - estudo com o intuito de verificar o efeito do treino físico sobre os níveis de força e a qualidade de vida em idosos
 - 36 participantes, constituindo dois grupos, um sedentário (16 idosos) e outro submetido a treino (20 idosos). (12 semanas, 2 sessões semanais)
 - Resultados: grupo sedentário - não alcançou valores significativos; grupo de treino - atingiu *scores* significativos de ganho de força, promovendo o aumento significativo na qualidade de vida

24

Discussão de resultados

- Sousa et. al. (2011), identificaram a correlação entre o equilíbrio corporal e capacidade funcional
 - 50 idosos com alterações crônicas do equilíbrio
 - Resultados: verificou-se que há relação entre as duas variáveis, concluindo assim que a independência para marcha e equilíbrio são fatores inerentes de uma boa capacidade funcional.
- Ricci, Lemos, Orrico e Gazzola (2006) – realizaram um estudo inserido num programa de assistência domiciliária, em que foi avaliada a evolução da independência funcional através da MIF, sob a ótica do cuidador, num momento inicial e num momento final.
 - Resultados: não foi encontrada diferença significativa entre as avaliações da MIF, pela ótica do cuidador, mostrando uma manutenção do quadro funcional destes pacientes no período estudado.
 - Os resultados sugerem que os idosos cuidados no domicílio são capazes de manter durante o período de um ano o nível funcional ou mesmo retardar seu declínio.

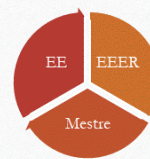
25

Discussão de resultados

- Kawasaki e Diogo (2005) estudaram o impacto da hospitalização na independência funcional do idoso
 - Resultados: observaram que todos os idosos avaliados no domicílio apresentaram maiores valores na MIF quando comparados com o momento de alta hospitalar.
 - Isto demonstra que o ambiente domiciliário é favorável à melhoria da funcionalidade
- Fhon (2012) efetuou um estudo em contexto domiciliário com 240 idosos e estimou a prevalência de quedas e sua relação com a capacidade funcional.
 - Resultados: o aumento da idade está correlacionado à diminuição da MIF. A queda causa diminuição da capacidade funcional tornando-os mais dependentes nas AVD's.
- Sousa (2011) – relação entre o risco de queda e a MIF – quando maior o risco maior o score da MIF

26

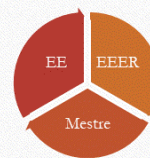
Competências adquiridas



EE	B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	EE ER	1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos.	MES TRE	b) Saber aplicar conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas
EE	C1. Gerir os cuidados e promover o trabalho em equipa	EE ER	2. Capacita a pessoa para a reinserção e exercício da cidadania	MES TRE	d) Ser capaz de comunicar conclusões e conhecimentos de uma forma clara
EE	D1 e D2. Desenvolver o autoconhecimento e basear as práticas em válidos padrões de conhecimento	EE ER	3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	MES TRE	e) Competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente autónomo.

27

Competências adquiridas

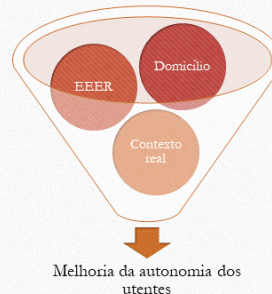


- Elaboração de planos de cuidados individualizados para cada utente
- Desenvolvimento de intervenções de ER nas áreas respiratória, ortopédica e neurológica
- Produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação
- Participação em workshops no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação - APER 2018 em Évora
- Visita ao CMRA

28

Considerações Finais

- Redução de custos
- Envolvimento da família
- Melhoria funcionalidade em contexto real “aging in place”
- Os dados indiciam repercussões favoráveis na funcionalidade na medida em que melhora o equilíbrio e a força.



29

Considerações Finais

- Limitações:
 - Adequação da escala de risco de quedas ao contexto comunitário (mais realista e adequada às condições da população)
 - Prestadores de cuidados
- Sugestões:
 - Programas de apoio ao cuidador informal
 - Melhoria na articulação entre os SAD e equipa comunitária
 - Exploração da temática da ER em contexto domiciliário
 - Investir na formação de voluntários (projeto em análise na UCC)

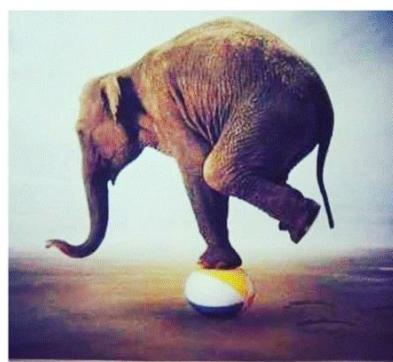
30

Referências Bibliográficas

- Burt, J.L.; Korman-Bischoff, M. (2008). *Unidades de El Bosque: Estudio de las estrategias de rehabilitación a optometría revisada*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 78(3),555-566. Disponível em: http://www.scielo.org/br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672008000300005
- Carroll, J.; Kline, J.; Pagnoni, M. and Trull, M. (2011). *Prospéctiva de la conducta: rehabilitación en un consultorio en Entrenamiento*. In: Bon Fennell, (ed.), 950-5. Cambridge, 05/06/2018. http://www.scielo.org/br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672011000600005
- Caporaso, L.; Palabrica, G. & Cardozo, A. (2012). *Argumentos em contrário de câmbios conceituais básicos e controvérsias da pesquisa em cefalia*. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 17(3), pp.201-209.
- Catanzaro, M. & Silva, L. (2014). *Guia de Tópicos de Neuropsiquiatria e sua aplicação: a abordagem*. Rio de Janeiro: Brazil.
- Hobson, W. (2011). *A Reabilitação da Cabeça Nova Canadense*. Lourenço Lavachella.
- Housser, Nelly (2011). *Atendimento de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4º Ed. Lourenço Lavachella. ISBN:978-905-805-514-1
- Kozicki, M., Baker, D., Sauer, P., Fennell, R. & Fennell, G. (2009). *Prospéctiva: avaliação instrumental para a pesquisa qualitativa*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 13(2), 717-723.
- Machado, A. & Catanzaro, M. (2015). *Reabilitação da Cabeça Nova Canadense*. Lourenço Lavachella. ISBN:978-905-805-514-1
- Miles, A. (2010). *Translating theory into action and statistical science: theories in writing, research and practice*. Springer Publishing Company, New York.
- Monteiro, Elza (2012). *Reabilitar a pessoa com CAA – Contribuição para um ambiente acolhido*. Lourenço Lavachella. ISBN:978-905-805-514-1
- Morais, P. & Gonçalves, V. (2007). *Análisis da Pessoa com Alterações Musculares*. Enfermagem em Otorrinolaringologia, Geriatria, Fonoaudiologia.
- National Patient Safety Agency. (2007). *The third report from the Patient Safety Observatory – Slips, trips and falls in hospital*. Acesso em 26/09/2018. <http://www.npsa.npsa.nhs.uk/Assets/The%20third%20report%20from%20the%20Patient%20Safety%20Agency.pdf>
- OMS (2007). *Relatório Global da OMS - Prevenção de Quedas na infância*. Acesso em 26/09/2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/en/>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Gerais dos Enfermeiros Especialistas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Orde de Desempenho*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentação de recolha de dados para a documentação do Cadeado Especializado em Enfermagem de Reabilitação*. Acesso em 02/09/2018. <http://www.ordemdosenfermeiros.pt/Portals/0/Documentos/Instrumentacao%20de%20recolha%20de%20dados%20para%20a%20documentacao%20do%20Cadeado%20Especializado%20em%20Enfermagem%20de%20Reabilitacao.pdf>
- Oron, D. (2015). *Nursing: Concepts of Practice*. 4º Ed. Mosby, St. Louis.
- Plano Nacional para a Segurança de Doentes 2015-2020 – Ministério da Saúde. “Diagnóstico” p. 1000-a/2015 – Diário da República, 2º série – n.º 28 – 19 de fevereiro de 2015. Acesso em 02/09/2018. <http://www.dre.pt/2015/02/19/dr20150219-28-19>
- Servico Português de Monitorização de Saúde (2017). *Relatório de Atividade do Gabinete de Saúde Pública: Análise de dados*. Lisboa: Serviço Português de Monitorização de Saúde. Disponível em: <http://www.spm.gov.pt/pt/relatorio-de-atividade-do-gabinete-de-saude-publica-analise-de-dados>
- Vall, J., Lomas, R. & Jackson, A. (2007). *Effectiveness of reablement in people poststroke of both moderate and severe disability based on the results of reablement of Wanda Hara, Danesha Oton e Celiaza Rios in a study titled*. *Enfermagem*. Enfermagem, 10(12), 63-76. Acesso em 02/09/2018. http://www.scielo.org/br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672007001200006

31

Obrigada a todos!



a chave da vida é o equilíbrio

32

9.10. Artigo realizado sobre os dados obtidos através do plano de intervenção

Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido

Sílvia Pereira

Mestranda em Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Este estudo, que se assemelha à investigação-ação, visou a implementação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação com vista à melhoria do equilíbrio corporal de uma população com idade igual ou superior a 65 anos.

Desta forma, foram selecionados, de forma intencional, espontânea e esclarecida, 10 doentes de uma UCC do distrito de Setúbal, formando dois grupos. Um primeiro, onde os cuidados de reabilitação foram prestados no domicílio; e um segundo, onde os cuidados foram prestados num pavilhão municipal inserido num projeto da UCC. Foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação adequado a cada utente, tendo como objetivo a otimização do equilíbrio corporal, permitindo deste modo a maximização da funcionalidade da pessoa.

Os resultados demonstram que os cuidados de enfermagem de reabilitação

em contexto de CSP são benéficos para a capacitação e maximização da funcionalidade dos utentes, na medida em que os prepara para as limitações no seu contexto de vida real.

Palavras-chave: idoso, enfermagem de reabilitação, equilíbrio corporal, cuidados de saúde primários

ABSTRACT

This study, which resembles action research, aimed at the implementation of specialized rehabilitation nursing care with a view to improving the body balance of a population aged 65 or over. In this way, 10 patients from a UCC of the district of Setúbal were selected, in an intentional, spontaneous and enlightened manner, forming two groups. A first, where rehabilitation care was provided at home; and a second, where the care was provided in a municipal pavilion inserted in a UCC project.

A rehabilitation nursing care plan was developed that is appropriate for each patient, aiming at optimizing the body balance, thus allowing the maximization of the person's functionality.

The results demonstrate that rehabilitation nursing care in the context of CSP is beneficial for the training and

maximization of the functionality of the users, as it prepares them for the limitations in their real life context.

Keywords: elderly, rehabilitation nursing, body balance, primary health care

10.ANEXOS

10.1. Parecer Comissão de Ética

Exma. Senhora
Dr.ª Silvia Pereira
silvia.pereira.93@gmail.com

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		11701/CES/2018	10.12.2018

Assunto: Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, no dia 7.12.2018, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUÍS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

10.2. Competências do EE, EEER e Mestre

<p>Competências Comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019)</p>	<p>A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. D1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade. D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>
<p>Competências Específicas do EEER (Regulamento n.º 125/2011)</p>	<p>1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. 2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania 3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa</p>
<p>Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 63/2016)</p>	<p>a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contexto alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidade éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade; e) Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.</p>

10.3. Certificado de participação no 8º encontro da UCC

